

מחקר הערכה מלווה לתכנית "אפשריבריא משפחתי"

דו"ח סופי מסכם עבור שלושת שנות המחקר

ד"ר שירן בורד

יובל פלדי

פרופ' אורנה בראון-אפל

אפריל 2019

מחקר הערכה מלווה לתכנית "אפשריבריא משפחתי"

תקציר מנהלים

רקע: השמנת ילדים הינה אחד האתגרים המשמעותיים לבריאות הציבור במאה ה-21. מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי גיל הילדים הסובלים מהשמנת יתר הולך ויורד עם השנים, וכי בדומה למצב במדינות אירופה וארה"ב, המצאות השמנת יתר בילדות נמצאת במגמת עליה גם בקרב ילדים בישראל.

אורח חיים בריא בתקופת הילדות והנעורים הינו בעל חשיבות רבה. מחקרים מלמדים, כי שנות הילדות המוקדמות מהוות חלון הזדמנויות לקידום אורח חיים בריא, זאת מאחר וחינוך הילדים והנוער מוקדם ככל האפשר לאורח חיים בריא הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, עשוי להפכם למבוגרים פעילים יותר ובעלי אורח חיים בריא.

תכנית HENRY (Health Exercise and Nutrition for the Really Young) פותחה בשנת 2007 ע"י פרופ' מרי רודולף, מומחית ברפואת ילדים, וקנדידה האנט, מחנכת הורים ומומחית לשינוי התנהגות. תכנית זו פועלת בשותפות עם שירותי הבריאות הלאומיים (NHS) באנגליה, לשכות בריאות הציבור, שירותי רווחה, ועוד. בליבת התכנית הכשרה בת יומיים שמטרתה לשפר את כישוריהם של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והחברה, ולסייע להם להפוך ליעילים, רגישים ובטוחים יותר בבואם לעבוד עם הורים לפעוטות ותינוקות בנושאי שיפור אורח החיים ומניעת השמנה. תכנית זו פועלת בגישה משולבת, שמטרתה לספק לאנשי המקצוע ארגז כלים שיאפשר תקשורת יעילה יותר עם הורים. מתוך ההערכות שנעשו עד כה לתכנית "HENRY" על מרכיביה השונים, נראה כי התכנית נתפסת כחיובית ורצויה על ידי הצוותים המקצועיים. אנשי מקצועות הבריאות, אשר עברו את "הכשרת הליבה", מדווחים על עליה בביטחון העצמי ובמיומנויות העבודה עם הורים סביב נושאי תזונה ואורח חיים בריא, וכן מדווחים כי אף ביצעו שינויים באורח חייהם האישי והמשפחתי בהתאם להמלצות התכנית. בנוסף ל"הכשרת הליבה", כוללת התוכנית סדנאות הורים, שמטרתן הקניית מיומנויות הוריות לקידום אורח חיים בריא במסגרת הביתית. ממצאי הערכות קודמות מלמדים על השפעה חיובית הן על תחושת המסוגלות העצמית של ההורים והן על אורח החיים המשפחתי. בישראל, חברו יחד עמותת אשלים, משרד הבריאות - שירותי בריאות הציבור, התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360^o והתכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים לייסוד תכנית 'אפשריבריא משפחתי', המתבססת על תכנית "HENRY". התכנית עברה התאמה מקצועית ותרבותית, תוך התייחסות לשונות בין מגזרים שונים בחברה הישראלית.

תיאור ההתערבות: ההתערבות בוצעה במסגרת יישובית וכללה שלושה סוגים של הכשרות:

הכשרת ליבה – הכשרה בת יומיים לצוות רב מקצועי ביישוב, במטרה להקנות לאנשי המקצוע בקהילה ובשירותי הבריאות את הידע, המיומנויות וההבנה הנחוצים, בכדי לתמוך בהורים המבקשים לאמץ לעצמם ולמשפחותיהם אורח חיים בריא.

הכשרת מנחים – הכשרה בת יומיים המיועדת לאנשי מקצוע נבחרים שהשתתפו בהכשרת הליבה, במטרה לפתח אצלם את היכולת הנדרשת להנחות סדנאות להורים.

סדנה קבוצתית להורים – סדנה בת 8 מפגשים בני שעתיים, המיועדת להורים לילדים בגיל הרך, במטרה לספק להורים כלים ומיומנויות הדרושים להם לקיום אורח חיים משפחתי בריא.

מטרות מחקר הערכה: מטרת המחקר הנוכחי הינה הערכת הפיילוט לתוכנית 'אפשריבריא משפחתי', בהתבסס על מענה לשאלות המחקר הבאות:

1. האם התכנית פעלה בצורה יעילה ברמה הארצית וברמה היישובית ובממשק ביניהן באופן התורם להשגת יעדיה?
2. האם אנשי המקצוע ביישובים קיבלו בהכשרות ובליווי של התכנית כלים לעבודה עם הורים, התורמים להשגת יעדיה?
3. האם ההורים קיבלו בסדנאות ההורים במסגרת התכנית, כלים הנוגעים בהיבטים של שיפור ההורות וקידום בריאות?
4. האם חל שיפור בתזונה ובהרגלי האכילה של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שהשתתפו בתכנית?
5. האם חל שיפור ברמת הפעילות הגופנית ו/או המשחק הפעיל של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שהשתתפו בתכנית?

שיטות המחקר: בכדי להשיג תמונה מהימנה ותקפה של התכנית ולענות על שאלות המחקר, בוצע מחקר הערכה משולב שכלל שילוב שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות.

חלקו האיכותני של מחקר זה כלל ביצוע ראיונות עמוק חצי-מובנים בקרב שלושה קהלי יעד – צוות התוכנית הארצי, צוותי התוכנית היישוביים, וכן בקרב הורים שהשתתפו בסדנאות ההורים. בסה"כ נערכו 87 ראיונות איכותניים – 9 בקרב צוות התוכנית הארצי, 29 בקרב צוותי התוכנית היישוביים, ו-49 בקרב הורים (מתוכם 15 הורים שבחרו לא להמשיך ולהשתתף בסדנאות ההורים לאחר המפגש הראשון או השני).

מערך המחקר הכמותי הינו מערך "לפני-אחרי" במסגרתו הועברו שאלוני המחקר לקהלי היעד הבאים, ועל פי הפירוט בקרב כל אחד מקהלי היעד -

אנשי מקצוע (הכשרות ליבה) – מערך המחקר כלל שתי מדידות בקרב 151 משתתפים: המדידה הראשונה התקיימה לפני תחילת ההשתתפות ב"הכשרת הליבה", והמדידה השנייה התקיימה כשלושה חודשים לאחר סיום ההכשרה.

סדנאות הורים – מערך המחקר כלל 3 מדידות: המדידה הראשונה התקיימה לפני תחילת ההשתתפות בסדנאות ההורים. המדידה השנייה התקיימה לאחר סיום ההשתתפות בסדנא, והמדידה השלישית התקיימה כחצי שנה לאחר ההשתתפות בסדנא.

אימהות שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים – מערך המחקר כלל שתי מדידות: המדידה הראשונה התקיימה בקרב מדגם אקראי של אימהות שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלפני הכשרת הליבה לאחיות. המדידה השנייה התקיימה בקרב מדגם אקראי של אימהות (לא מזווג) שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלאחר הכשרת הליבה לאחיות.

ממצאים מרכזיים:

מהערכת התהליך עולה כי ביצוע הכשרות הליבה לאנשי המקצוע ביישובים והסדנאות להורים היה מצומצם למדי בהתחשב בפרק הזמן בו פעלה תכנית הפיילוט. בתקופה של כ - 3.5 שנים בהן התקיימה התכנית בוצעו 23 הכשרות ליבה לאנשי מקצוע בהן הוכשרו כ - 400 אנשי מקצוע בלבד ו - 27 סדנאות הורים בהן השתתפו כ - 270 הורים בלבד.

הניסיון להבין מדוע ביצוע ההכשרות בתכנית היה כה מצומצם, מלמד על קיומם של גורמים מערכתיים וגורמים יישוביים שתורמו לכך:

גורמים מערכתיים - תקשורת לקויה בין השותפים ברמה הארצית, רכיבים בתכנית שלא הותאמו מאנגליה לישראל והיעדר גמישות בהפעלת התכנית (צמצום משך המפגשים או מספר המפגשים).

גורמים יישוביים – ניסיון מועט בשיתוף פעולה בין הרשויות המקומיות למשרד הבריאות, קדימות נמוכה לתכנית במרבית היישובים, עבודת צוות יישובית לוקה בחסר, היעדר דמות מתוקצבת המרכזת את העשייה של התכנית בכל יישוב וקושי בגיוס הורים לתכנית, שנבע בעיקר משיווק וגיוס לא יעילים, מבנה סדנה לא מותאם לחלק מההורים והיעדר העסקה של הילדים במקביל לסדנת ההורים, כנהוג בתכנית באנגליה.

מהממצאים עולה, כי **הכשרת הליבה** תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון ($P=0.004$) ורמת הידע ($P \leq 0.001$). לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים יותר באופן מובהק כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר. עם זאת, לא נמצא הבדל במידה בה אנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים וכן לא נמצא שינוי במידה בה אנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים לתת למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא.

עוד ניתן ללמוד מניתוח הממצאים, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה חלו שינויים חיוביים גם בהיבטים הקשורים לאורח החיים האישי של משתתפי הכשרת הליבה. מניתוח הממצאים עולה, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה ישנה עלייה מובהקת באחוז המדווחים כי מקדישים למעלה מ-5 שעות שבועיות לפעילות גופנית ($P < 0.001$), וכן עלייה מובהקת באחוז המדווחים כי הם מוצאים זמן להירגעות לפחות פעם בשבוע ($P=0.001$). בנוסף, נמדדה ירידה מובהקת בצפייה היומית במסכים לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה ($P=0.002$). עוד נמצא, כי לאחר ההשתתפות בהכשרה ישנה ירידה מובהקת בצריכת חטיפים, ממתקים ומשקאות ממתקים, וכן עלייה בשתיית מים ($P \leq 0.002$). בהמשך, לאחר ההשתתפות עלה גם הדיווח על אכילת ארוחת בוקר בקרב משתתפי ההכשרה ($P=0.011$).

בכל הנוגע לאורח החיים המשפחתי והמיומנויות ההוריות של המשתתפים, ניכר כי השתתפות בהכשרת הליבה לא תרמה לעליית ההורות הסמכותית בקרב המשתתפים. עם זאת, ניכר כי חל שינוי לטובה בהרגלים המשפחתיים כך שעלה באופן מובהק אחוז המדווחים על הגבלת ילדיהם בצפייה בטלוויזיה (עד 3 שעות ביום, $P=0.008$), וכן אחוז המדווחים כי ירקות משולבים בארוחות בביתם באופן יום-יומי ($P < 0.001$).

ממצאי הערכת הכשרת הליבה מלמדים, כי הכשרה זו עומדת במרבית מטרותיה. ניכר, כי ההשתתפות בהכשרת הליבה תורמת גם לשיפור באורח החיים האישי והמשפחתי של המשתתפים, וגם ל"אני מאמין" המקצועי שלהם בעבודתם עם הורים. עם זאת, אחת ממטרות ההכשרה – שינוי עמדות בקשר ליכולת המטופלים להוביל ולנהל אורח חיים בריא בכוחות עצמם, לא הושגה לאור ממצאי המחקר הנוכחי.

ממצאי ההערכת **הסדנאות להורים** מלמדים, כי השתתפות בסדנאות תרמה לשיפור אורח החיים הבריא המשפחתי. הממצאים מצביעים על ירידה מובהקת בדיווח על אכילת מזון מעובד או הזמנת אוכל במשלוח ($P < 0.001$), וכן עלייה מובהקת בבחירת המשפחה לאכול ביחד ארוחות משותפות ($P=0.018$). עוד עולה, כי לאחר ההשתתפות בסדנא נמדדה עלייה מובהקת באחוז ההורים המדווחים על ביצוע פעילות גופנית

למעלה מחצי שעה ביום ($P=0.003$), וכן עלייה באחוז הילדים הפעילים גופנית למעלה משעתיים ביום ($P=0.002$). הממצאים האיכותניים מחזקים את הממצאים הכמותיים הנ"ל ולפיהם הורים שהשתתפו בסדנה מדווחים על שיפור בתזונה ובאורח חיים בריא, כגון: בדיקת רכיבי מזון לפני קנייתו, קניית מזון בריא יותר מבעבר, תכנון הארוחות והקפדה על פעילות גופנית. בנוסף, ישנם הורים שמדווחים על שיפור התקשורת הבין-אישית עם הילדים ועל שיפור האווירה בבית.

ממצאי המחקר מלמדים, כי השתתפות בסדנאות ההורים לא הובילה להעלאת המיומנויות ההוריות בקרב המשתתפים. עם זאת, חשוב להדגיש כי ממוצע המיומנויות ההוריות המדווח בקרב משתתפי הסדנאות הינו גבוה מאוד מלכתחילה. לאור זאת, בוצע ניתוח לבחינת ההבדל בשיפור במשתני המחקר המרכזיים בין הורים שהוגדרו כבעלי מיומנות הורית נמוכה בנקודת ההתחלה (עד אחוזון 25) לבין שאר ההורים. ממצאי השוואה זו מלמדים, כי הורים עם מיומנות הורית נמוכה (25% ההורים בעלי ציוני המיומנות ההורית הנמוכים ביותר) הם אלו שהיה להם את השיפור הגבוה יותר במיומנות ההורית ובמדד הקניית אורח חיים בריא לאחר ההשתתפות בסדנאות. ממצאים אלו עשויים להצביע על קהל ההורים שעשוי להיתרם במידה הרבה ביותר מההשתתפות בתוכנית.

על מנת לנסות ולהעריך את ה"שינויים בשטח" לאחר השתתפות אחרות טיפת חלב באזור ירושלים בהכשרת הליבה של התוכנית, הועברו, כאמור לעיל, שאלוני המחקר **לאימהות** שביקרו בתחנות. בהשוואת הממצאים בשתי נקודות הזמן, לא נמצא הבדל באף אחד מהמדדים שנבדקו: תחושת נוחות להתייעץ עם האחות, המידה בה האחות דיברה עם האם על נושאים הקשורים להורות, התנהגות הילד, שינה או המצב הרגשי של הילד. בנוסף, לא נמדד הבדל בתחושת הביטחון בהורות של האימהות. כמו כן, לא נמדד הבדל בשביעות הרצון: מיחסה של האחות, מתגובותיה של האחות, ממידת האכפתיות של האחות וכן בתחושת הפתיחות. ההבדל היחיד שנצפה בקרב האימהות, לאחר השתתפותן של אחרות טיפת חלב הכשרת הליבה, הינו במידה בה האחות שוחחה עם האימהות על נושאי תזונה. 78.6% מהאימהות דיווחו כי האחות שוחחה איתן במהלך פגישתן על תזונת הילד לפני השתתפותן של האחרות בהכשרת הליבה, בהשוואה ל- 88.8% מהאימהות שדיווחו כך לאחר השתתפותן של האימהות בהכשרת הליבה ($P=0.035$).

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר הנוכחי בכל הנוגע לשינוי אורח החיים וההרגלים המשפחתיים עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרי הערכה שבוצעו לתוכנית "HENRY" במקומות אחרים ומלמדים, כי התוכנית השיגה את מרבית מטרותיה בקידום אורח חיים אישי ומשפחתי. עם זאת, ממצאי הערכה מלמדים כי קיים קושי בהטמעת התוכנית בישראל (בפורמט הפיילוט שנבדק). בתקופת המחקר נערכו מספר מועט של סדנאות הורים, כך ש"תפוצת" התוכנית הייתה בסופו של יום מאוד מצומצמת. צוות המחקר סבור כי יש לבחון את פורמט התוכנית תוך שיקולים של עלות-תועלת, ולמצוא את הדרך היעילה ביותר בהנגשת תכני התוכנית (שהיו ברובם טובים ומועילים). בנוסף, יש להשקיע מחשבה באיתור אוכלוסיית היעד המתאימה לתוכנית, אוכלוסייה שתרוויח את המירב מההשתתפות בתוכנית זו.

תוכן עניינים

עמוד	
7	1. רקע מדעי
11	2. רקע לביצוע מחקר ההערכה בישראל
12	3. שאלות המחקר המרכזיות
13	4. שיטות המחקר
15	5. הערכת תהליך התוכנית
26	6. הערכת תוצאות התוכנית
51	7. סיכום ממצאי המחקר ודיון בממצאים
54	מקורות

1. רקע מדעי

השמנת יתר בקרב ילדים (Childhood Obesity)

השמנת ילדים הינה אחד האתגרים המשמעותיים לבריאות הציבור במאה ה-21 (Hunt & George, 2013). מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי גיל הילדים הסובלים מהשמנת יתר הולך ויורד עם השנים (Rudolf et al., 2010).

בשנת 2010 דיווח ארגון הבריאות העולמי כי כ-43 מיליון ילדים מתחת לגיל 5 הינם בעלי עודף משקל (WHO, 2012). בארה"ב, המצאות השמנת יתר בקרב ילדים בני 2-19 עומדת על כ-17% (Ogden et al., 2012). בבריטניה עומד שיעור המצאות השמנת היתר בקרב ילדים עד גיל 6 על 25%, ובקרב ילדים עד גיל 12 על 33% (Department of Health, 2009).

בדומה למצב במדינות אירופה וארה"ב, המצאות השמנת יתר בילדות נמצאת במגמת עליה גם בקרב ילדים בישראל (Lissau et al., 2004). על פי מחקר בינ"ל בקרב בני נוער בגילאי 11-15, ישראל מדורגת במקום השלישי בהמצאות בנים בעלי עודף משקל ובמקום הרביעי בהמצאות בנות בעלות עודף משקל, בהשוואה ל-13 מדינות באירופה ולארצות הברית (הראל-פיש ועמיתיו, 2011). מחקרים שנערכו בקרב ילדים צעירים בישראל, מראים כי 40% מהילדים בגילאי הגן הינם בעלי עודף משקל או השמנה, ו-15% סובלים מהשמנת יתר (Pinhas-Hamiel et al., 2009).

ניכר כי ההמצאות הגבוהה ביותר של השמנת יתר של ילדים בגילאי הגן מתרחשת בקרב מיעוטים ומעמדות סוציו אקונומיים נמוכים, זאת כתוצאה ממגוון גורמים סביבתיים, חברתיים, תרבותיים וגנטיים. כך למשל בישראל נמצא כי בקרב המגזר הערבי כ-29% מהילדים בגילאי 4-6 סובלים מעודף משקל והשמנה (Nemet et al, 2011), בקרב המעמדות נמוכים במגזר היהודי, עומד נתון זה בקרב הילדים על 28% (Nemet, Geva & Eliakim, 2011), ואילו בקרב המעמדות הגבוהים במגזר היהודי עומד נתון זה על 22% מהילדים (Nemet, Perez, Reges & Eliakim, 2007).

ילדים בעלי עודף משקל והשמנת יתר סיכוי של גבוהה יותר להישאר שמנים גם בבגרות (Baird et al, 2007; Venn et al, 2007; Barton, 2012), והם נמצאים בסיכון מוגבר למחלות כגון סוכרת מסוג 2, יתר לחץ דם וחסימת עורקים (Barton, 2012, Juonala et al, 2011). בנוסף, מהווה השמנת היתר הנרחבת בילדות נטל כלכלי כבד על החברה ככלל ועל מערכת הבריאות בפרט (Au, 2012; Barton, 2012).

הרגלי תזונה בילדות

תזונה בריאה בתקופת הילדות והנעורים הינה בעלת חשיבות רבה יותר מאשר בתקופות אחרות בחיים. מחקרים מלמדים, כי הרגלי תזונה ואכילה נרכשים בתקופת הילדות והנעורים כתוצאה מן החינוך והתרבות המשפחתית (Caton et al., 2011; Harper and Sanders, 1975; Story, Nanney & Schwartz, 2009). הקניית הרגלי אכילה נכונים בילדות תורמת לבריאות גופנית ונפשית, ומסייעת במניעת השמנה, הפרעות אכילה, תחלואה כרונית ואף תמותה בגילאים מבוגרים יותר (CDC, 2013, Moore & Davies, 2005). הרגלי אורח החיים של הילדים, כגון צריכה מוגברת של משקאות מתוקים, הרגלי אכילה לא מסודרים ועלייה בזמן הישיבה מול מסכים, בשילוב עם ירידה בכמות הפעילות הגופנית, מהווים כולם

גורמים תורמים ליצירת "סביבה אובסוגנית" אשר מחזקת דפוסי התנהגות לא בריאים (Haug et al., 2009).

פעילות גופנית בגיל הרך

מהספרות עולה, כי שנות הילדות המוקדמות מהוות חלון הזדמנויות לקידום הפעילות הגופנית, כאשר ההתפתחות המוטורית עדיין ניתנת לעיצוב לעומת גילאי הילדות המאוחרים יותר (Matusik & Malecka, 2011). הספרות מדגישה את חשיבות הפעילות הגופנית במיוחד בקרב ילדים ובני נוער, כבסיס לבניית אורח חיים המשלב פעילות גופנית גם בבגרות (Sallis, Owen, & Fisher, 2008, Hallal et al., 2005, Telama et al., 2006).

פעילות גופנית בקרב ילדים בגילאי הגן נמצאה כגורם מגן מפני מחלות שונות בבגרות כגון מחלות לב. כמו כן, העדר פעילות גופנית במהלך יום לימודים והגבלת שעות המשחק בחוץ נמצאו קשורות לעלייה במדד ה-BMI בקרב ילדים צעירים. במקביל, לחוסר פעילות גופנית בילדות השלכות שליליות גם על גורמים פסיכולוגיים כגון על תחושת הרווחה ועל ההערכה העצמית בקרב ילדים (Burdette & Whitaker, 2005). המלצות מומחים בנוגע לפעילות גופנית בקרב ילדים מדברות על כ-120 דקות של פעילות גופנית בינונית עד מאומצת ביום, מתוכן 60 דקות של פעילות גופנית מובנית (למשל, בשיעור חינוך גופני, חוג ספורט או נבחרת) ו-60 דקות של פעילות גופנית לא מובנית (למשל, בהפסקות, פעילות משפחתית ועוד) (National Association for Sport and Physical Education, 2004). יחד עם זאת, הנתונים בשטח מלמדים כי ילדים בגילאי 3-5 מבליים כ-76-79% מזמנם בפעילויות "יושבניות" (Tucker, 2008, Reilly et al., 2004, Pate et al., 2004).

תכניות התערבות לקידום אורח חיים בריא בגיל הרך

חינוך הילדים והנוער מוקדם ככל האפשר, לאורח חיים בריא הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, עשוי להפכם למבוגרים פעילים יותר ובעלי אורח חיים בריא יותר (Fisher et al., 2005). גיל הגן זוהה בספרות כגיל הכדאי ביותר להתחלת הפעלה של תכניות התערבות, שמטרתן למנוע השמנת יתר והתנהגויות בלתי בריאות (Edmunds, 2005; Skouteris et al., 2011; Willis et al., 2014). ניכר כי קיים חוסר מידע בספרות המחקרית בכל הנוגע ליעילותן של תוכניות התערבות בגיל הרך, וכן בנוגע להשפעת תוכניות אלו לטווח הארוך (Waters et al., 2011). כמו כן, בסקירת מחקרים שנערכה, נמצא כי אין מספיק תוכניות התערבות טיפוליות לילדים בגילאי הגן בנושא זה (Oude et al., 2009).

עם זאת, בסדרת מחקרים בה כן נבחנה ההשפעה ארוכת הטווח של תוכניות התערבות, נמצא כי לתוכניות התערבות המשלבות חינוך לתזונה ופעילות גופנית, השפעה ארוכת טווח על ידע והעדפות בתזונה ופעילות גופנית, על כושר גופני ועל מדדים נמוכים יותר של BMI בקרב ילדי הגן (Nemet et al., 2011). השפעה זו באה לידי ביטוי בעיקר בקרב ילדים שהשתייכו לקבוצות האוכלוסייה החלשות (Nemet, Geva & Eliakim, 2011, Nemet et al., 2013).

חשיבות הגישה המתייחסת לאורח החיים של המשפחה כולה במסגרת תכניות ההתערבות לקידום אורח חיים בריא בגיל הרך הודגשה בספרות (Bleich, Vercammen, Zatz, Frelief, Ebbeling, & Peeters, 2012; Morandi et al., 2018), זאת מאחר ונמצא כי, בין השאר, השמנת יתר הורית מהווה גורם סיכון

להשמנת יתר של הילדים (Willis et al., 2014), ומאחר שהנחת היסוד של תכניות התערבות אלה היא כי סביר יותר שילדים יצרכו מזון בריא יותר, כאשר סוג מזון זה יהיה זמין עבורם בביתם (Wyse et al., 2011). כמו כן, נמצא כי תכניות שמתייחסות לתא המשפחתי הן יותר אפקטיביות מאשר התערבויות המיועדות רק למסגרות (Bleich, et.al., 2018; Ling, Robbins, Wen, 2016), ושהתערבויות המכילות רמות שונות ושלבים שונים, הן מהיעילות ביותר ביחס להתערבויות שאינן מערבות את ההורים או בעלות רמות שונות (Ward, et.al., 2017).

על אף הדגשת חשיבות הגישה הכוללנית למשפחה במסגרת תכניות ההתערבות לקידום אורח חיים בריא בגיל הרך, בעלי מקצוע בתחום הרפואה מדווחים על תחושת חוסר ביטחון בעת ההתייחסות לנושאי אורח החיים במסגרת שיחות שהם מקיימים עם הורים (Edmunds, Story et al, 2002; Redsell et al, 2011; 2005).

תכניות התערבות בקרב צוותים במסגרות חינוכיות

מכיוון שילדים מבליים כמעט שליש מן היום במסגרות חינוכיות, סביבות אלו, מהוות מקור חשוב לפיתוח וללמידה של התנהגויות אכילה ופעילות גופנית בריאות. במקביל למזון, המוגש במסגרת אלו, ולפעילויות המובנות, המתקיימות בהן, לאנשי חינוך השפעה רבה על אורח חיים בריא בקרב הילדים. בשל סמכותם וכמות הזמן בו הם מבליים עם הילדים, מהווים אנשי החינוך מודל לחיקוי, הן דרך עמדותיהם והרגלי אורח החיים שלהם עצמם, והן דרך הרגלים ומנהגים הקשורים בתזונה ופעילות גופנית במסגרות החינוכיות כגון כיבוד בימי הולדת, שימוש באוכל כפרס, הפסקות פעילות ועוד (Kubik et al., 2002; Rossiter et al., 2007). נושאים אלו רלוונטיים במיוחד בקרב ילדים בגיל הגן אשר נחשפים לראשונה למערכת החינוכית. אף על פי שקיימים מחקרי הערכה רבים בנוגע לאיכות המזון בבתי הספר ולהשפעתה על התלמידים, מחקרים מעטים בלבד עסקו במחנכים עצמם, בעמדותיהם כלפי רמת הבריאות בסביבת מערכת החינוך, בהרגלי האכילה ואורח החיים אותם הם מנהיגים, ובהשפעת כל אלו על אכילה, משקל ואורח חיים בריא בקרב הילדים (Rossiter et al., 2007; Chen et al., 2010).

הספרות מלמדת, כי התערבויות בגנים ובבתי ספר אשר פונות אל הצוות החינוכי, מניבות פעמים רבות תוצאות חיוביות, הבאות לידי ביטוי בשיפור בהרגלי האכילה של הצוות ובהשפעת סביבת מערכת החינוך לחיוב על הרגלי התזונה של הילדים (Arcan et al., 2013).

כמו כן נמצא כי העברת תכניות לחינוך לתזונה בקרב צוותי הבישול במסגרות לגיל הרך מסייעת בהתאמת המזון והשתייה המוגשים להמלצות התזונתיות ולצרכים התזונתיים של הילדים (Erinosho et al., 2013). בנוסף לכל אלו, הספרות מלמדת, כי הכשרת אנשי חינוך בנושא תזונה נכונה הינה בעלת השפעה חיובית על הידע, הרגלי האכילה ועמדות הצוות כלפי קידום תזונה נכונה בתחומי המסגרת החינוכית (Chen et al., 2010, Arcan et al., 2013). נקודה זו חשובה כיוון שהרגלי אכילה לא בריאים בקרב אנשי חינוך, המדווחים רבות בספרות המדעית (Kubik et al., 2002), עלולים להפוך אותם למודלים שאינם מתאימים לחיקוי עבור הילדים.

במחקר שבדק את השפעתה של מסגרת מקדמת בריאות במוסדות חינוך על עמדותיהם, הרגלי התזונה ואורח החיים של אנשי החינוך עצמם, נמצא כי בקרב אנשי חינוך במסגרות מקדמות בריאות, הרגלי האכילה היו טובים יותר וצריכת הפירות והירקות הייתה גבוהה יותר (Chen et al., 2010). מכאן ניתן

להסיק כי תכניות לקידום תזונה נכונה ואורח חיים בריא במסגרות חינוכיות מביאות לשיפור בהרגלי התזונה ובהיבטים נוספים של אורח חיים הן בקרב הילדים והן בקרב אנשי החינוך. הצוותים המקצועיים, העובדים במסגרות טיפוליות לגיל הרך (רפואיות ואחרות), מהווים לעיתים קרובות מקור סמכותי המשמש הורים במתן מענה לקשיים ושאלות. בהתאם לכך, חשוב מאוד שאנשי המקצוע הללו יעברו הכשרות בנושאי תזונה נכונה ואורח חיים בריא בקרב ילדים. במסגרת ההערכה של תכנית ההתערבות "HENRY" המקורית, המועברת בבריטניה, נמצא כי בעקבות תכנית ההתערבות חשו אנשי המקצוע בתחומי הבריאות עליה בביטחונם בייזום וקיום שיחות עם הורים בנושא תזונה ומשקל הילדים (Rudolf et al., 2010). בנוסף לכך נמצא כי בעקבות ההתערבות שיפרו אנשי מקצועות הבריאות את הרגלי התזונה ואורח החיים האישיים שלהם (Willis et al., 2012). מעבר למערכת החינוך ולאנשי הבריאות, ההשפעה העיקרית והמכרעת על בריאות הילד והרגלי אורח החיים שלו הינה כמובן, כפי שהוזכר לעיל, של ההורים והסביבה המשפחתית. ההורים משמשים כמודל חיקוי עבור הילד בנוגע לאמונות והתנהגויות בריאותיות. ההשפעה ההורית על אורח החיים של הילד נמשכת גם בתקופת בגרותו (Norton et al., 2003). בנוגע להתנהגויות אכילה בקרב ילדים, האסטרטגיות בהן משתמשים ההורים לצורך השפעה על הרגלי האכילה של ילדיהם משפיעים מאוד על התנהגות הילדים, לטובה או לרעה (Scaglioni et al., 2011). האינטראקציות המשפחתיות בזמן הארוחה משפיעות על משקל הילד, כמו גם על דפוסי האכילה והסוציאליזציה שלו (Bergmeier et al., 2015). מסיבה זו ישנה חשיבות רבה לתוכניות כוללניות, הפונות לכל הדמויות המשמעותיות בסביבת הילד. הרגלי אורח חיים בריא מתחילים להתבסס כבר מגילי הינקות ועלולים להוביל להשלכות שליליות בבגרות במידה ואינם מעוצבים כראוי.

תכנית "HENRY"-Health Exercise and Nutrition for the Really Young

תכנית HENRY (Health Exercise and Nutrition for the Really Young) פותחה בשנת 2007 ע"י פרופ' מרי רודולף, מומחית ברפואת ילדים, וקנדידה האנט, מחנכת הורים ומומחית לשינוי התנהגות. תכנית זו החלה כעמותה הפועלת כעת בשותפות עם שירותי הבריאות הלאומיים (NHS) באנגליה, לשכות בריאות הציבור, שירותי רווחה, ועוד (Roberts, 2015).

ליבה של תכנית ההתערבות "HENRY", הוא הכשרה בת יומיים שמטרתה לשפר את כישוריהם של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והחברה, ולסייע להם להפוך ליעילים, רגישים ובטוחים יותר בבואם לעבוד עם הורים לפעוטות ותינוקות בנושאי שיפור אורח החיים ומניעת השמנה (Rudolf et al, 2010; Willis et al., 2012). בניגוד לתכניות התערבות אחרות, העוסקות בטיפול בגורמי סיכון ספציפיים להשמנת ילדים, תכנית ההתערבות "HENRY" פועלת בגישה משולבת שמטרתה לספק לאנשי המקצוע ארגז כלים שיאפשר תקשורת יעילה יותר עם הורים לילדים בגיל הגן בכל מסגרת (Hunt & George, 2013; Rudolf et al., 2010; Dennison et al., 2004; Harvey-Berino and Rourke, 2003; Reilly et al., 2006). מאחר ושיעורי השמנת היתר בכלל, והשמנת היתר בקרב ילדים בפרט, הינם גבוהים יותר באוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (Townsend et al., 2012), מתרכזת תכנית "HENRY" באוכלוסיות אלה בבריטניה (Hunt & George, 2013; Rudolf et al., 2010).

בעקבות בקשות של מרכזים רבים להפעלת והרחבת תכנית ההתערבות "HENRY", פותח גם קורס מקוון לאנשי המקצוע (Rudolf, et al., 2008), וכן קורס בן שמונה שבועות המיועד לקבוצות הורים ולמטפלים

בילדים בגיל הגן (Rudolf et al., 2010). קורס זה אמור לספק להורים מיומנויות שיאפשרו להם ניהול בריא יותר של אורח חייהם וחיי משפחותיהם. הקורס כולל התייחסות לתזונה בריאה, טכניקות האכלה, משחק, מיומנויות הוריות, פעילות גופנית, רווחה נפשית והערכה עצמית (Willis et al., 2014). הקורס המיועד להורים, כמו גם תכנית ההתערבות "HENRY" כולה, בנויים על פי מודל השותפות המשפחתית (Family partnership). מודל זה עומד במרכזה של גישה מבוססת ראיות המדגישה את מרכזיות הקשר בין ההורה לאיש המקצוע (Davis & Day, 2010; Willis et al., 2014). מתוך ההערכות שנעשו עד כה לתכנית "HENRY" על מרכיביה השונים, נראה כי התכנית נתפסת כחיובית ורצויה על ידי הצוותים המקצועיים הנחשפים אליה (Willis et al., 2012). אנשי מקצועות הבריאות אשר עברו את ההכשרה במסגרת התכנית מדווחים על עליה בביטחון העצמי ובמיומנויות העבודה עם הורים סביב נושאי תזונה ואורח חיים בריא, אשר נמשכו גם בטווח הארוך לאחר החשיפה לתכנית (Brown et al., 2011; Rudolf et al., 2010). כמו כן, מדווחים אנשי המקצוע כי בעקבות החשיפה לתכנית ההתערבות הם ביצעו שינויים באורח חייהם האישי והמשפחתי שלהם בהתאם להמלצות התכנית (Brown et al., 2011).

בנוגע להשפעה על ההורים אשר נחשפו לתכנית ההתערבות, מראים ממצאי ההערכה השפעה חיובית הן על תחושת המסוגלות העצמית של ההורים והן על אורח החיים המשפחתי. שינויים מעודדים נראו בצריכה התזונתית של המשפחות, בהתנהגויות האכילה המשפחתיות וכן בסביבת האכילה המשפחתית (Willis et al., 2014), אשר הינם כולם גורמים הקשורים להתפתחות או מניעת השמנת יתר (Willis et al., 2012). בהערכה של 144 תכניות "HENRY", שבוצעו בין 2012-2014 בבריטניה, נצפו תוצאות חיוביות מבחינת אורח החיים המשפחתי, סיפוק רגשי, שינויים בהרגלי האכילה של ההורים, ושינויים בהרגלי האכילה והפעילות הגופנית של הילדים (Willis, et al., 2016). ממצאים אלו מעודדים מאוד, ומצביעים על קיום אפשרות לביצוע שינויים ארוכי טווח באורח החיים ובהתנהגויות האכילה באמצעות התערבות פשוטה וקצרה יחסית, ובעלות כלכלית נמוכה (Willis et al., 2012). בעקבות הממצאים הללו, נבדקות אפשרויות להרחבת התכנית מבחינת יעילות בהתערבות משפחתית (Bryant et al., 2017) וכן מבחינת היישום, להרחיב לקנה מידה רחב יותר (Bryant et al., 2018).

2. רקע לביצוע מחקר ההערכה בישראל

עמותת אשלים, משרד הבריאות - שירותי בריאות הציבור, התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360° והתכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים חברו יחד לייסוד תכנית 'אפשריבריא משפחתי', אשר מבוססת על תכנית HENRY - Health Exercise Nutrition for the Really Young, הפועלת באנגליה משנת 2006 ומקיפה 54 מרכזים כוללניים לגיל הרך ולמעלה מ- 10,000 אנשי מקצוע ו- 5000 הורים לילדים בגיל הרך.

בישראל עברה התכנית התאמה מקצועית ותרבותית, תוך התייחסות לשונות בין מגזרים שונים בחברה הישראלית. התכנית תוכננה במקור לפעול בישראל במתכונת פיילוט ב- 15 יישובים מתוכם כ- 4 יישובים בחברה הערבית, תוך העדפת יישובים בפריפריה החברתית ו/או הגיאוגרפית בישראל. בפועל, לאחר התאמת הפיילוט לשינויים, אילוצים והזדמנויות שעלו לאחר התחלתו, פעלה התכנית בתשעה יישובים, כאשר באחד מהם (ירושלים) פעלו שלושה מוקדים שונים - שתי שכונות בהם מופעלת התוכנית והכשרה רוחבית לכל האחיות בתחנות טיפת חלב בעיר.

התכנית עצמה פעלה במספר מעגלי השפעה ההולכים ומתרחבים :

צוות הפיתוח של התכנית הורכב מאנשי מקצוע שהוסמכו על-ידי "HENRY" אנגליה. הצוות עסק בהתאמת התכנית לישראל, הכשיר את הצוותים הרב מקצועיים בכל יישוב (אחיות טיפת חלב, צוות מעונות ומסגרות יומיות, צוות מרכזי גיל רך ומרכזי הורים-ילדים לגיל הרך, עובדים סוציאליים, דיאטניות, מקדמי בריאות ועוד) וליווה את יישום התכנית בשטח.

מתווה הפיילוט המקורי תוכנן כך שהצוות הרב מקצועי ישתתף ב'הכשרת ליבה' ובהכשרה להנחיית סדנאות הורים. בעזרת הידע שנרכש בהכשרות, אמור הצוות הרב מקצועי להוביל בכל יישוב 4 סדנאות הורים בכל שנה (כ – 12 הורים בכל סדנא) וללוות כ- 15 משפחות באופן פרטני בכל שנה, במשך כ – 3 שנים. בפועל, במהלך הפיילוט, הוחלט לא לכלול בשלב זה של הפעלת התוכנית את הליווי הפרטני.

מטרות התכנית הוגדרו בשלושת המעגלים הבאים :

1. הצוות הרב מקצועי - מתן כלים לאנשי מקצוע לעבודה עם הורים ולפיתוח דרכי עבודה בין-תחומיים.
2. ההורים - מתן כלים להורים לשיפור קשר הורה-ילד ויצירת סביבה משפחתית, המאפשרת הורות מיטבית באמצעות הזנה קשובה ואורח חיים בריא.
3. הילדים - קידום אורח החיים הבריא של פעוטות וילדים עד גיל 4 למען מיצוי הפוטנציאל ההתפתחותי והבריאותי שלהם.

מחקר ההערכה הנוכחי, שממצאיו יוצגו בדו"ח זה, הינו מחקר הערכה מעצב מלווה לפיילוט של התוכנית בישראל.

3. שאלות המחקר המרכזיות

- 3.1 האם התכנית פעלה בצורה יעילה ברמה הארצית וברמה היישובית ובממשק ביניהן באופן התורם להשגת יעדיה?
- 3.2 האם אנשי המקצוע ביישובים קיבלו בהכשרות ובליווי של התכנית כלים לעבודה עם הורים, התורמים להשגת יעדיה?
- 3.3 האם ההורים קיבלו בסדנאות ההורים במסגרת התכנית, כלים הנוגעים בהיבטים של שיפור ההורות וקידום בריאות?
- 3.4 האם חל שיפור בתזונה ובהרגלי האכילה של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שהשתתפו בתכנית?
- 3.5 האם חל שיפור ברמת הפעילות הגופנית ו/או המשחק הפעיל של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שהשתתפו בתכנית?

בנוסף לשאלות אלו, לאור הוספת הכשרה רוחבית של אחיות טיפת חלב בירושלים, הוחלט להוסיף מדידה נוספת בקרב אימהות הבאות במגע עם אחיות טיפת חלב אלו לפני ההכשרה ולאחריה. זאת על מנת לנסות ולהעריך את המידה בה רכשו האחיות כלים והפנימו את תכני התוכנית (על פי נקודת מבטן של האימהות).

4. שיטות המחקר

בכדי להשיג תמונה מהימנה ותקפה של התכנית, בוצע במסגרת מחקר ההערכה מחקר משולב: כמותי ואיכותני.

מערך מחקר האיכותני

חלקו האיכותני של מחקר זה כלל ביצוע ראיונות עמוק חצי-מובנים בקרב שלושה קהלי יעד – צוות התוכנית הארצי, צוותי התוכנית היישוביים, וכן בקרב הורים שהשתתפו בסדנאות ההורים. בסה"כ נערכו 87 ראיונות איכותניים – 9 בקרב צוות התוכנית הארצי, 29 בקרב צוותי התוכנית היישוביים, ו-49 בקרב הורים (מתוכם 15 הורים שבחרו לא להמשיך ולהשתתף בסדנאות ההורים לאחר המפגש הראשון או השני).

מעריך מחקר הכמותי

מעריך המחקר הכמותי הינו מעריך "לפני-אחרי" (before and after). במסגרת מעריך זה הועברו שאלוני המחקר לקהלי היעד הבאים, ועל פי הפירוט בקרב כל אחד מקהלי היעד -

אנשי מקצוע (הכשרות ליבה) – מעריך המחקר כלל שתי מדידות: המדידה הראשונה התקיימה לפני תחילת ההשתתפות ב"הכשרת הליבה", והמדידה השנייה התקיימה כשלושה חודשים לאחר סיום ההכשרה.

הורים – מעריך המחקר כלל 3 מדידות: המדידה הראשונה התקיימה לפני תחילת ההשתתפות בסדנאות ההורים. המדידה השנייה התקיימה לאחר סיום ההשתתפות בסדנא, והמדידה השלישית התקיימה כחצי שנה לאחר ההשתתפות בסדנא.

אימהות שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים – מעריך המחקר כלל שתי מדידות: המדידה הראשונה התקיימה בקרב מדגם אקראי של אימהות שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלפני הכשרת הליבה לאחיות. המדידה השנייה התקיימה בקרב מדגם אקראי של אימהות (לא מזווג) שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלאחר הכשרת הליבה לאחיות.

שאלוני המחקר:

במסגרת מחקר ההערכה נעשה שימוש בשלושה שאלוני מחקר שונים -

1. שאלון לאנשי הצוות הרב מקצועי (שאלון ה"ליבה")

השאלון מתבסס על כלי ההערכה של תכנית HENRY המקורית, אשר תוקפו במחקרי ההערכה שנעשו לתכנית בבריטניה. השאלון תורגם לעברית ולאחר מכן חזרה לאנגלית בכדי לבחון את מידת הדיוק של התרגום. תהליך התאמת השאלון למאפייני התוכנית בישראל נעשה בשיתוף עם מובילי התוכנית בישראל. השאלון הועבר למשתתפים ב - 2 נקודות זמן לפחות: לפני תחילת "הכשרת הליבה" וכשלושה חודשים לאחר סיומה.

2. שאלון להורים

בדומה לשאלון לאנשי מקצוע, התבסס שאלון זה על כלי ההערכה של תכנית HENRY המקורית ועבר תהליך של תרגום, התאמה ותיקוף כך שיתאים להורים המשתתפים בתכנית בישראל.

השאלון הועבר להורים, שמתתפים בסדנאות ההורים, ב - 3 נקודות זמן: לפני תחילת הסדנא, עם סיום הסדנא וכשלושה חודשים לאחר סיומה.

3. שאלון לאימהות שביקרו בטיפות חלב באזור ירושלים

מכיוון שלא נערכה מדידה דומה בתכנית HENRY המקורית, שאלון זה פותח על ידי צוות המחקר בשיתוף עם צוות התוכנית. מטרת השאלון היא לנסות ולמדוד האם לאחר השתתפות האחיות בהכשרה הליבה, האימהות מרגישות שינוי כלשהו ביחס או בגישת האחות במהלך המפגשים, וכן בנושאי ובתכני המפגשים במסגרת טיפת החלב.

השאלון הועבר למדגם אקראי של אימהות שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלפני הכשרת הליבה לאחיות, וכן הועבר פעם נוספת בקרב מדגם אקראי של אימהות (לא מזווג) שביקרו בתחנות טיפת חלב בירושלים בחודשים שלאחר הכשרת הליבה לאחיות.

5. הערכת תהליך התכנית

פרק זה עוסק בהערכת תהליך התכנית ומחולק לשלושה תתי-פרקים:

1. ביצוע הכשרות וסדנאות – ההכשרות והסדנאות ביישובים הם למעשה התוצר אליו מכוון תהליך התכנית. בתת-פרק זה יוצג היקף ההכשרות והסדנאות שבוצעו החל מהכניסה ליישוב הראשון במאי 2015 ועד לסיום פיילוט התכנית בסוף דצמבר 2018. היות שמחקר ההערכה החל כשנה וחצי לאחר הכניסה ליישוב הראשון, יוצגו בנפרד הנתונים שלפני תחילת המחקר ולאחר תחילת המחקר. הנתונים שיוצגו להלן התקבלו מצוות התכנית באופן שוטף מדי מספר חודשים.

2. גורמים מאפשרים – בתת-פרק זה יוצג ניתוח של הגורמים המאפשרים בתכנית, המהווים את נקודות החוזק שלה ואשר תרמו להתפתחותה. ניתוח זה מבוסס על ראיונות עומק שבוצעו עם נציגים של הצוות הארצי ונציגים של הצוותים ביישובים.

3. חסמים – בתת-פרק זה יוצג ניתוח של החסמים בתכנית, המהווים את נקודות החולשה שלה, אשר הקשו עליה להתפתח והעיבו על יישומה והטמעתה. ניתוח זה, מבוסס גם הוא על ראיונות עומק עם מרואיינים בצוות הארצי וביישובים בהם פעלה התכנית.

בלוח מספר 1, ניתן לראות את פרטי המרואיינים, שהראיונות עימם מהווים את הבסיס לניתוח הגורמים המאפשרים והחסמים בתכנית.

לוח מספר 1: פרטי המרואיינים – צוות התכנית, צוותים יישוביים ומנחי סדנאות הורים

תפקיד	פירוט	מס' ראיונות	עיתוי
צוות התכנית			
	מנהלת התכנית, רכזות אזוריות, רכזות תוכן	8	9.2016
	מנהלת התכנית	1	1.2019
צוותים יישוביים מנחי סדנאות הורים			
דימונה	מובילה יישובית (מנהלת תכנית 360 יישובית), אחראית מענה (טיפת חלב), מנהלת מרכז גיל רד, 2 מנחות הורים.	5	7.2016
צפת	מובילה יישובית (מתכללת גיל רך יישובית), אחראית מענה (טיפת חלב), מנהלת מרכז גיל רד, 2 מנחות הורים.	5	9.2016
ירוחם	מובילה יישובית (מנהלת גיל רך יישובית), מנהלת 360 יישובית, 2 מנחות הורים.	4	11.2017
קרית ים	מובילה יישובית (מנהלת גיל רך יישובית), אחראית מענה (טיפת חלב), מנהלת 360 יישובית, 2 מנחות הורים.	5	11.2017
ירושלים	מובילה יישובית (מתאמת בריאות עירונית), מנהלת תחנות טיפת חלב, מנחת הורים.	3	10.2018
דלית אל כרמל	מובילה יישובית (מנהלת טיפ"ח), אחראית מענה (מנהלת מרכז גיל רך), רכזת יישובית (תכנית אפשריבריא), מנחת הורים.	4	12.2018
עוספיא	מובילה יישובית (טיפ"ח), אחראית מענה ומנחת הורים (מנהלת מרכז גיל רך), מנהלת מחלקת גני ילדים ברשות.	3	12.2018
סה"כ		38	-

1. ביצוע הכשרות וסדנאות

תכנית "אפשריבריא משפחתי"¹ כללה שלושה סוגים של הכשרות:

הכשרת ליבה – הכשרה בת יומיים המיועדת לאנשי הצוות הרב מקצועי ביישוב. מטרת ההכשרה היא להקנות לעובדים בקהילה ובשירותי הבריאות את הידע, המיומנויות וההבנה הנחוצים להם כדי לתמוך בהורים המבקשים לאמץ לעצמם ולמשפחותיהם אורח חיים בריא². בממוצע, השתתפו בכל הכשרה כ- 18 אנשי מקצוע.

הכשרת מנחים – הכשרה בת יומיים המיועדת לאנשי מקצוע שעברו את הכשרת הליבה, ומיועדים להנחות סדנאות הורים. מטרת ההכשרה היא לספק לאנשי המקצוע בקהילה ובשירותי הבריאות את הידע, המיומנויות וההבנה הנדרשים להם כדי להנחות את התכנית הקבוצתית³. בכל הכשרה כזו השתתפו 6-8 אנשי מקצוע.

תכנית קבוצתית להורים – סדנה בת 8 מפגשים בני שעתיים, המיועדת להורים לילדים בגיל הרך. מטרת הסדנה היא לספק להורים כלים ומיומנויות הדרושים להם לקיום אורח חיים משפחתי בריא⁴. בכל סדנת הורים השתתפו בממוצע כ- 10 הורים.

בלוח מספר 2 ניתן לראות את מספר ההכשרות והסדנאות שבוצעו מתחילת התכנית במאי 2015 ועד לסיום התכנית בדצמבר 2018 – תקופה של 3 שנים ו- 8 חודשים, בחלוקה בין התקופה שלפני תחילת המחקר לבין התקופה שלאחר תחילת המחקר.

הנתונים בלוח מספר 2 מלמדים כי:

- במסגרת התכנית התקיימו **בסה"כ 23 הכשרות ליבה**. בכל אחד מהיישובים התקיימו 1-2 הכשרות ליבה, למעט בירושלים, שם התקיימו 8 הכשרות ליבה ייעודיות לאחיות טיפת חלב בעיר. משמעות הדבר, כי בכל יישוב הוכשרו 18-36 אנשי מקצוע.
- במסגרת התכנית התקיימו **בסה"כ 10 הכשרות מנחים**. ברוב היישובים התקיימה הכשרת מנחים אחת, ובשני יישובים התקיימו שתי הכשרות מנחים, בהן השתתפו גם מנחים מיישובים אחרים. כלומר, בכל יישוב הוכשרו 6-9 מנחי קבוצות הורים. ניתן לומר, כי מספר מנחי ההורים שהוכשרו הוא מספק ונמצא בהלימה למספר אנשי המקצוע שהוכשרו בהכשרת הליבה ולקצב ההתפתחות של התכנית ביישובים.
- במסגרת התכנית התקיימו **27 סדנאות הורים** – 3 סדנאות הורים בממוצע ליישוב. ביישובים דימונה, ירוחם, צפת, קריית ים ורמלה ("הפעימה הראשונה") התקיימו 17 סדנאות הורים – 3 סדנאות בממוצע ליישוב בתקופה של כ- 3 שנים. ביישובים ירושלים, באקה, דלית כאל כרמל ועוספיא ("הפעימה השנייה") התקיימו 10 סדנאות הורים – פחות מ- 3 סדנאות בממוצע ליישוב בתקופה של כשנה וחצי. משמעות הדבר, כי למעלה ממחצית מהמנחים שהוכשרו (6-9 ביישוב כמצוין לעיל), לא פתחו והנחו כלל סדנת הורים בסופו של דבר. ניתן לומר כי מדובר על מספר מועט ביותר של סדנאות הורים ביחס למספר המנחים שהוכשרו לכך. נראה, כי בשל פער הזמן שעבר בין סיום הכשרת המנחים לבין גיוס ההורים לסדנאות

¹ במקור היה שמה של התכנית "אפשריבריא לגיל הרך". שם זה הוחלף בשנה האחרונה לתכנית.

² מתוך: קורס ליבה. חוברת למנחה. עמ' 4. תשע"ה. 5.2015.

³ מתוך: הכשרה להנחיית קבוצות הורים של א' ב' ג'. מדריך למנחים. עמ' 4. תשע"ה. 9.2015.

⁴ מתוך: תכנית קבוצתית להורים. מדריך למנחה קבוצות הורים. עמ' 5. 2014.

(לעיתים כחצי שנה), היו מנחים שאיבדו עניין ו/או כבר לא היו כשירים לכך. מכך עולה, כי היה קושי רב בגיוס הורים לסדנאות, הנובע מסיבות שונות, כפי שיפורט בהמשך בפרק החסמים של התכנית.

לוח מספר 2: ביצוע הכשרות "אפשריבריא משפחתי" ביישובים – לפני ואחרי תחילת המחקר

אחרי תחילת המחקר - נוב' 2016 - דצמ' 2018			לפני תחילת המחקר - מאי 2015 - אוק' 2016			
סדנת הורים	הכשרת מנחים	הכשרת ליבה	סדנת הורים	הכשרת מנחים	הכשרת ליבה	
2	1	0	1	1	2	דימונה
1	0	0	1	1	2	ירוחם
4	0	0	2	1	2	צפת
2	0	0	0	1	1	קריית ים
2	0	1	2	1	2	רמלה
1	1	9	-	-	-	ירושלים
0	1	1	-	-	-	באקה
7	1	2	-	-	-	דלית אל כרמל
2	1	1	-	-	-	עוספיא
21	5	14	6	5	9	סה"כ

2. גורמים מאפשרים

לתכנית "אפשריבריא משפחתי" היו מספר גורמים מאפשרים, שחלקם קידמו את התכנית בפועל וחלקם היו בבחינת פוטנציאל לקידומה. בלוח מספר 3, מופיע ריכוז הגורמים המאפשרים של התכנית.

לוח מספר 3: הגורמים המאפשרים בתכנית

נושא	גורם מאפשר
2.1. השותפות בתכנית ברמה הארצית	• שיתוף פעולה מוצלח בין השותפים בעבר.
2.2. השותפות בתכנית ברמה היישובית	• ניסיון של הרשויות המקומיות בהובלת תכניות חיצוניות.
2.3. מבנה התכנית ותכניה	• תכנית מובנית וברורה.
	• תכנית מקצועית עם הצלחה מוכחת באנגליה.
	• תכנית בגישה הוליסטית לאורח חיים בריא.
	• תכנית חדשנית בגישה ובאופן ההגשה.

להלן פירוט של הגורמים המאפשרים בתכנית:

2.1. השותפות בתכנית ברמה הארצית

- שיתוף פעולה בין השותפים בעבר - השותפים בתכנית (משרד הבריאות, ג'וינט-אשלים ותכנית 360) הם בעלי ידע וניסיון בהובלת תכניות בעלות מאפיינים דומים ואף התקיים ביניהם שיתוף פעולה מוצלח בעבר. אי לכך, הפלטפורמה של השותפות כבר הוכיחה את עצמה בעבר ולכן, סיכויי ההצלחה שלה היו גבוהים.

2.2. השותפות בתכנית ברמה היישובית

- ניסיון של הרשויות המקומיות בהובלת תכניות – הרשויות המקומיות הן בעלות ניסיון ויכולות להוביל תכניות חיצוניות ביישוב, ליצור עבורן תשתית עבודה ולגייס להן משתתפים מקרב התושבים. אי לכך, נראה כי הפלטפורמה הרשותית מתאימה ליישום התכנית.

2.3. מבנה התכנית ותכניה

הגורם המאפשר המרכזי בתכנית הוא המבנה והתכנים של ההכשרות, אשר נתפסו על-ידי רובם המכריע של המרואיינים כמוצלחים ביותר.

מתוך הראיונות עם המרואיינים ביישובים עולה כי :

- התכנית היא מובנית וברורה, הן למנחים והן למשתתפים.
- התכנית נתפסת כמקצועית ואיכותית. הוסיפה לכך העובדה שהיא נוסתה בהצלחה באנגליה (תכנית Henry).
- התכנית מתייחסת לאורח חיים בריא בהגדרה רחבה - לא רק תזונה אלא הרבה יותר מכך, ונתפסת כשיממה ולא מאיימת.
- התכנית משלבת אורח חיים בריא עם כישורי הורות, מה שהופך אותה לייחודית בהשוואה לתכניות אחרות להורים.
- התכנית שמה דגש על גישה אמפתית, משתפת, רגישה ומתמקדת בנקודות החוזק של המשתתפים. בהתייחס לכל אלה, הכשרת הליבה מהווה מודלינג עבור אנשי המקצוע לעבודה עם הורים.
- העזרים בהם משתמשים המנחים בתכנית והחומר הנלווה המחולק למשתתפים הם מקצועיים וגם נראים כך למשתתפים.
- המנחים בהכשרת הליבה נתפסים כמקצועיים ורגישים.
- ההכשרות מתנהלות בצורה חווייתית ומשתפת.
- התכנית נתפסת כבעלת פוטנציאל ליצירת שינוי בקרב המשתתפים.

לדברי מרואיינות ביישובים, שמכירות את התכנית והשתתפו בהכשרת ליבה לאנשי מקצוע:

"אני מאמינה בתכנית. רואה בתכנית הרבה מאד דברים טובים ומתאימים. התכנית הזאת יכולה להצליח ולגרום לשינוי".

"זו אחת ההכשרות הכי טובות שעברתי. קורסי הליבה וההכשרה היו מצוינים. אנשים היו מרוצים מהרמה והמקצועיות".

"זו הייתה ההכשרה הכי יעילה שעברתי בחיים שלי! השפה המזמינה רותמת את האנשים. הרבה אנרגיות חיוביות היו במפגש הזה. גם יש מפגש עם עמיתים מדיסציפלינות שונות. היה מצויני".

3. חסמים

מהניתוח שבוצע עולה, כי לתכנית היו מספר חסמים, שהקשו עליה להתפתח, והובילו לכך שהביצוע בפועל של הסדנאות ביישובים היה מצומצם יחסית. חלק מהחסמים היו מערכתיים וחלקם נגעו לעבודה ביישובים. בלוח מספר 4, מופיע ריכוז החסמים של התכנית.

לוח מספר 4: החסמים בתכנית

נושא	חסם
3.1. השותפות בתכנית ברמה הארצית	• תקשורת לקויה בין השותפים.
	• שותפות מורכבת בתוך משרד הבריאות.
3.2. השותפות בתכנית ברמה היישובית	• ניסיון עבודה מועט בין משרד הבריאות לרשויות המקומיות.
	• קדימות נמוכה לתכנית מצד השותפים ביישוב.
3.3. עבודת הצוות היישובי	• עבודה לא מספיק שיטתית וסדורה.
	• הגדרת תפקידים עמומה.
	• היעדר דמות ביצועית שתרכז את התכנית.
3.4. מבנה התכנית ותכנייה	• קושי בהתאמת התכנית מאנגליה לישראל.
	• רכיבים בתכנית שלא הותאמו לישראל.
	• היעדר גמישות בהפעלת התכנית.
3.5. גיוס הורים לסדנאות	• היעדר דמות שעוסקת בנושא ומחויבת לו.
	• שיווק וגיוס לא יעילים.
	• ריבוי של סדנאות להורים ביישוב.
	• מבנה סדנה לא מותאם לחלק מההורים.
	• היעדר העסקה של הילדים במקביל לסדנת ההורים.

3.1. השותפות בתכנית ברמה הארצית

- תקשורת לקויה בין השותפים - התקשורת בין השותפים בתכנית (משרד הבריאות, גיוינט-אשלים ותכנית 360) הייתה לקויה בחלק ניכר מהזמן. הדבר השפיע בין היתר על בחירת היישובים לתכנית, שלדעת חלק מהמרוואיינים נעשתה לעיתים בצורה לא מושכלת. למשל, תכנית 360 דרשה לבחור רק יישובים בהם פועלת התכנית. משרד הבריאות דרש לבחור רק יישובים שיש בהם תחנת טיפת חלב של משרד הבריאות. היישובים שענו על קריטריונים אלה, לאו דווקא התאימו לתכנית. לדברי אחת המרוואיינות מצוות התכנית:

"לכל אחד יש דעה וכל אחד רוצה לגזור קופון. חלק נכבד צריך להיות לתחזק את השותפות. זה לא נעשה היום ולכן מאשימים אחד את השני. יש המון ישיבות ומפגשים אבל לא יודעים מי יעשה מה. מה שמורכב זו השותפות ברמה הארצית והיישובית.

- שותפות מורכבת בתוך משרד הבריאות - השותפות בתוך משרד הבריאות הייתה מורכבת משני היבטים:

א. בתכנית שותפות ארבע מחלקות במטה המשרד (קידום בריאות, סיעוד, אם וילד ותזונה), מה שדרש זמן ואנרגיה לתחזק את השותפות. למשל, תהליך התאמת תכני התכנית בין אנגליה לישראל חייב קבלת אישור מכל מחלקה בנפרד, מה שהאריך את משך התהליך באופן ניכר.

ב. התכנית קודמה על-ידי המחלקות במטה משרד הבריאות, אך מי שנדרש להפעילן היו יחידות השטח (הנפות וטיפות החלב), מה שיצר לעיתים חוסר תאום. אחד הביטויים לכך היה הזמן שלקח לטיפות החלב להתגייס לתכנית והמחויבות של נציגות טיפת חלב לתכנית, בחלק מהיישובים.

לדברי אחת המרואיינות מצוות התכנית :

"קידום בריאות דוחף ליישם אבל אחריות הביצוע היא של הסיעוד. סיעוד רוצים לשתף פעולה אבל יש להם מחסור חמור בתקנים ובזמן אחיות וקידום בריאות וקבוצות הורים אחה"צ לא נמצאים בליבת העיסוק שלהם. זה מפריע לעבודה בשטח כי ישן טענות שהתכנית דורשת מהסיעוד יותר מדי".

3.2. השותפות בתכנית ברמה היישובית

- ניסיון עבודה מועט בין משרד הבריאות לרשויות המקומיות - ברוב הרשויות המקומיות אין גוף רשותי העוסק בנושא קידום בריאות ויכול להוות אכסניה מקצועית לתכנית. בנוסף, שיתוף הפעולה בין רשויות מקומיות למשרד הבריאות אינו שכית. אי לכך, נראה כי החיבור בין שני הגופים – משרד הבריאות ורשות מקומית אינו טבעי ומצריך למידה.

"החיבור בין משרד הבריאות ליישובים הוא מאתגר כי במבנה היישובי אין מקבליה למשרד הבריאות. אין הרבה היסטוריה של שיתוף פעולה בין רשויות לבין משרד הבריאות והצדדים לא רגילים לכך". (חברת הצוות הארצי של התכנית)

"אחראית המענה לא עושה כלום מבלי לקבל אישור מהמפקחת שלה. קשה לקדם תהליכים ככה. היא צריכה אישור להיפגש אתנו בשעות מסוימות ולא יכולה לקבוע עד שאין אישור. יש לנו שיתוף פעולה עם משרד הבריאות בכמה תכניות. הם מאד מסודרים אבל הם רגילים לעבוד לבד ואנחנו לומדים להסתדר איתם". (מובילה יישובית)

- קדימות נמוכה לתכנית מצד השותפים ביישוב - ניכר כי השותפים ביישובים הוותיקים של התכנית ("הפעימה הראשונה") לא נתנו קדימות מספקת לתכנית ולא נעשו מאמצים מיוחדים מצדם בכדי להפעילה. יתכן כי הסיבה לכך היא בין היתר קושי לגייס הורים לתכנית ותחושה כי התכנית אינה מצליחה לצבור תאוצה ביישוב. הדבר בא לידי ביטוי בולט בקיום ישיבות הצוות היישובי. ביישובי "הפעימה הראשונה" התקיימו בממוצע 6 ישיבות צוות יישובי בתקופה של 22 חודשים – כ – 3 ישיבות צוות יישובי בשנה בממוצע.

"המנהלת היישובית לא הייתה 100% על העניין הזה מבחינת מוטיבציה אישית, זמן ופניות. מצד שני, שלא היה מישהו אחר שלקח את זה על עצמו" (מנחה)

לעומת זאת, ביישובים החדשים ("הפעימה השנייה"), ניכר כי התכנית מקבלת קדימות גבוהה יותר בקרב הצוותים היישוביים. ביישובים אלה התקיימו בממוצע 22 ישיבות צוות יישובי בתקופה של 18 חודשים – יותר מישיבת צוות אחת לחודש בממוצע.

3.3. עבודת הצוות היישובי

ראיונות העומק ביישובים הראשונים בתכנית ("הפעימה הראשונה") מלמדים על מספר קשיים בעבודת הצוות היישובי :

- הצוותים ביישובים אלה לא עבדו לרוב בצורה שיטתית וסדורה תוך שימוש בכלי ניהול מקובלים, כגון: הצבת מטרות ויעדים ובניית תכנית עבודה.

"לשיפור עבודת הצוות נדרש שיתוף פעולה של הרווחה ביישוב. פגישות צוות בתדירות יותר גבוהה. תכנון עבודה, להגיע לכל המוסדות של הגיל הרך ביישוב. לקבוע אופרטיבית מה רוצים לעשות. לרתום יותר אנשים ביישוב לתכנית". (אחראית מענה יישובי)

• הגדרות התפקידים בתוך הצוות היישובי היו עמומות מדי, גם ביחס לתכנית "פיילוט". נוצר מצב שכל אחד בצוות היישובי פירש את תפקידו בצורה שונה ודברים נפלו בין הכיסאות.

"אני מנסה לחשוב מהו התפקיד שלי... הרבה דברים הם איך שהם נוצרים בזרימה. לא קיבלתי הגדרת תפקיד. צריך להגדיר את הדברים בצורה יותר ברורה". (אחראית מענה יישובי)

• התכנית דרשה מהמובילה היישובית להיות אחראית על גיוס ההורים לתכנית ואף לגייס הורים בעצמה. נטען כי המובילה היישובית לא יכולה לקחת על עצמה תפקיד זה וכי אין לה אפשרות לעשותו במסגרת משרה הקיימת שלה ברשות.

"הם מצפים ממני כמנהלת התכנית להוסיף על העבודה הקיימת שלי להכניס את התכנית הזאת. אני רואה את עצמי רק בצמתים של התכנית. הציפייה שאני ממש אעבוד בזה". (מובילה יישובית)

"אני לא הייתי מסוגלת לעמוד בזה. התרעתי על כך כבר מתחילת הקשר. כשאתה שם בן אדם שעושה משהו על הדרך, ככה זה נראה". (מובילה יישובית)

• חסרה בצוות היישובי דמות ביצועית שתעסוק בפעולות חיוניות להטמעת התכנית, כגון: קביעת מועדי ההכשרות, זימון אנשי מקצוע והורים להכשרות, ארגון כיבוד להכשרות, שמירת קשר עם אנשי מקצוע שהשתתפו בהכשרות הליבה, יצירת מאגר הורים שהביעו רצון להשתתף בהכשרות ההורים ועוד. אי לכך, עלה צורך ביישובים, לתקצב רכזת לתכנית, כפי שנעשה בדרך כלל בתכניות אחרות. צורך זה עלה כמפתח לגיוס הורים ולתפעול מוצלח של התכנית.

"כדי לגייס הורים חייבים מישהו שיעסוק בזה. כל המנחים הם עובדי רשות והם לא מצליחים להתפנות לזה. מניסיוני בהפעלת תכניות אחרות, ברגע שמקצים זמן תפעול ותחזוק לאחראי התכנית, זה אחרת לגמרי". (מובילה יישובית)

ראוי לציין כי ביישובי "הפעילה השנייה" חל שיפור בעבודת הצוות היישובי בשלושה היבטים מרכזיים:

א. הגדרות התפקידים ותאום הציפיות בצוותים היה נכון יותר וניכר כי עבודת הצוות הייתה פורייה יותר.

ב. בכל אחד מהיישובים, הייתה רכזת יישובית שעסקה גם בסוגיות תפעוליות ושימשה כ"דבק" של התכנית ביישוב. הדבר בלט בעיקר בדלית אל כרמל ועוספיה, שם הרכזת הייתה תושבת המקום וזמינה לכל צורכי התכנית.

ג. כתוצאה משני ההיבטים הראשונים שצוינו לעיל, נוצרו רצף ועקביות של הצוות היישובי, שנפגש בתדירות גבוהה.

"יחד אנחנו קובעות דברים. למשל, עניין הגיוס. איך מגייסים. כולם ביחד נכנסים לזה. עניין המקום – איפה עושים, מי עובד עם הילדים ועוד. אנחנו מחליטים ואז אני מביאה את זה לאחיות שמנחות את הקבוצות". (מובילה יישובית)

"התפקיד של הרכוז מאד משמעותי. היא כל הזמן הגיעה מתלהבת מהתכנית ועם רעיונות חדשים. היא מאד מגבשת את צוות התכנית. הגישה שלה מאד חיובית לצוות. האישיות שלה מאד עזרה לתכנית". (חברת צוות יישובי)

3.4. מבנה התכנית ותכניה

- קושי בהתאמת התכנית מאנגליה לישראל - תהליך ההתאמה של התכנים המקצועיים של התכנית מאנגליה לישראל היה ארוך ומורכב ולקח למעלה משנה וחצי. התהליך כלל מספר שלבים ברצף, שכל אחד מהם עירב אנשים אחרים ולקח זמן לא מבוטל – תרגום מאנגלית לעברית, עריכה לשונית, התאמה מקצועית ותרבותית על-ידי מומחיות תוכן, אישור של הגוף הרלוונטי במשרד הבריאות, עריכה לשונית סופית ועיצוב גרפי. בנוסף, לכך היה צורך לתרגם את החומרים לערבית ולהתאימם תרבותית לחברה הערבית, מה שלקח זמן נוסף. בחלוף הזמן וההתנסות של צוות התכנית התהליך התייעל, אך עדין נותר מורכב.

"קופי פייסט זה ממש לא. לשפץ בניין זה לפעמים יותר מסובך מאשר לבנות בית חדש. זה לקח המון זמן... יש פערים בתפיסה בין אנגליה לישראל ומשרד הבריאות היה צריך לאשר את התכנים. קשה להסביר את זה למנהלים הבכירים ויש תחושה שהם לא רצו להבין את המורכבות של הנושא". (חברת הצוות הארצי של התכנית)

- רכיבים בתכנית באנגליה שלא יושמו בישראל – שני רכיבים חשובים מהתוכנית באנגליה לא תוכננו עבור התוכנית בישראל. האחד, הוא הנחייה של שני מנחים ב-Co. השני, העסקה של הילדים באמצעות מפעילה, בזמן שההורים נמצאים בסדנה. הרכיב הראשון התקיים בסופו של דבר, למרות שלא תוכנן תקציבית והרכיב השני לא התקיים, למעט בסדנאות שהתקיימו בחברה הדרוזית, שם תוקצב על-ידי הרשויות.

"לא הבנו בהתחלה את מבנה התכנית והיקף החומרים ולכן התקציב לא היה בהתאמה לצורך. למשל, באנגליה יש הנחיה משותפת של שני מנחים ושטרטף ששומר על הילדים – זה לא תוקצב". (חברת הצוות הארצי של התכנית)

"היישוב היה אמור למצוא מקום שניתן להפעיל במקביל ילדים והורים. גם היה אמור למצוא מישהו שיהיה עם הילדים – שני הדברים לא קרו". (אחראית מענה יישובי)

- היעדר גמישות בהפעלת התכנית – אחת הטענות המרכזיות שהושמעו כלפי התכנית ביישובים היא היעדר גמישות ויכולת התאמה לצרכים המקומיים של היישוב, מה שפגע ביכולת ההטמעה שלה. באופן קונקרטי עלו שתי סוגיות מרכזיות בהקשר זה:

1. סירוב לקצר את המפגשים לשעה וחצי במקרים מסוימים, בכדי להקל על ההורים ולדרבן אותם להשתתף בתכנית.

2. סירוב לשלב את התכנית עם תכניות אחרות להורים, מבלי לוותר על תכני התכנית. למשל, שילוב התכנית במסגרת קבוצות הורים המופעלות על-ידי מחלקת הרווחה ברשות.

לדברי שתיים מהמראיינות ביישובים:

"לא היה מילימטר של גמישות מצדם. הציפייה שעם עובדים עם יישובים יש את מאפייני היישוב וצריך לעשות את ההתאמה".

"ניסינו לשלב את התכנית עם תכנית משפחות – קבוצת הורים שנפגשת כל השנה ורצינו להביא את אפשרי בריא לקבוצה. לא אפשרו לנו כי הייתה לנו רק שעה וחצי. הנוקשות הזו לא במקום".

3.5 גיוס הורים לסדנאות

כפי שניתן לראות בנתוני הביצוע של סדנאות ההורים, היה קושי רב לגייס הורים להשתתפות בסדנאות. מתוך ראיונות העומק ביישובים עלה כי הסיבות המרכזיות לכך הן:

- היעדר דמות שעוסקת בנושא ומחויבת לו - ברוב היישובים לא הייתה דמות שריכזה את הנושא ועסקה בגיוס בפועל של הורים. בחלק מהיישובים המנחות בעצמן גייסו את ההורים ולא תמיד היה להן זמן לכך. באופן כללי, ניכר כי הנושא "נפל בין הכיסאות".

"אני חושבת שאם היה ביישוב איש מקצוע שיודע לשווק תכניות בריאות בזכות הידע שלו והכלים שלו, הוא היה מגייס הורים לתכנית". (אחראית מענה)

- שיווק וגיוס לא יעילים – בחלק מהיישובים דיווחו מרואיינים כי השיווק של התכנית והגיוס של חלק מקבוצות ההורים לא היה יעיל – פרסום לוקה בחסר, מסירת מידע לא מדויק ולעיתים מוטעה, תאום ציפיות לקוי עם הורים שנרשמו ועוד.

"הייתה מישהי שהתקשרה להורים שהביעו עניין. זה לא היה תהליך יעיל. זו שהתקשרה לא הבינה בדיוק את מטרת הקבוצה. נתנה רושם מוטעה לאנשים". (מנחה)

"גיוס קבוצות הורים זה קשה לארגן ולכן צריך מנגנון מסודר שיוכל לזה". (אחראית מענה)

"צריך לתת כלים ליישובים לשווק את התכנית. שאנחנו ניצור להם סרטון, פלייר, פוסט בפייסבוק. כל יישוב עשה לבד ובאופן לא מקצועי". (חברת צוות התכנית)

מנגד, ביישובים דלית אל כרמל ועוספיא הצוותים היישוביים ורכזת התכנית היו מחויבים מאוד לנושא ועסקו בו באופן עקבי ושיטתי. בראיונות עם נציגי הצוותים ביישובים אלה נטען כי הדבר תרם מאוד לגיוס מוצלח של הורים.

"פרסמנו את התכנית גם בטיפת חלב וגם במרכז לגיל הרך. ידענו את הגננות בגני הילדים. כל הנציגות של הוועדה שלנו פרסמו את התכנית". (מובילה יישובית)

ביישובים נוספים צוין כי דרך יעילה לגיוס הורים, הייתה במקרים שהקבוצה גויסה על-ידי דמות מוכרת להורים, שמכירה היטב את התכנית. כאשר הדמות המגייסת היא אוטוריטה בעיני ההורים, הגיוס יותר פשוט. למשל, עו"ס מעון יום רב-תכליתי או אחות טיפת חלב.

"הקבוצה התבססה על הורים לילדים במעון. עו"ס המעון הייתה הדמות המרכזית בגיוס ההורים. מנהלת המעון הייתה שותפה מאד בגיוס". (מנחה)

"הגיוס נעשה על-ידי אחיות טיפת חלב. יש להן מעמד מאד גבוה בעיני האימהות". (רכזת יישובית)

- ריבוי של סדנאות להורים ביישוב – בחלק מהיישובים צוין כי קיים ריבוי של סדנאות להורים בנושאים שונים, בעוד קהל היעד הטבעי לסדנאות אלה הוא מצומצם מדי. במצב זה של תחרות על זמנם של ההורים, הסדנאות הפופולאריות הן אלה שיודעות להעביר מסר שיווקי ברור ולגייס הורים באופן יעיל.

"יש המון קבוצות אחרות של הדרכת הורים בירוחם וזה נפל במקביל עליהן. בימי שלישי היו עוד שתי קבוצות אחרות". (מנחה)

"יש קושי בגיוס הורים בעיקר בגלל שיש בעיר תכנית דומה ומתחרה שמושרשת בעיר כבר כמה שנים ועובדת באופן שיטתי ועקבי על גיוס הורים". (מנהלת מרכז גיל רך)

• מבנה סדנה לא מותאם לחלק מההורים – היו יישובים בהם נטען כי מבנה הסדנה אינו מותאם לחלק מההורים, בעיקר להורים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך. באופן ספציפי צוין כי מפגשים בני שעתיים ולעיתים שעתיים וחצי בשעות הערב הם ארוכים מדי עבור ההורים. עוד צוין כי הורים רבים מתקשים להתחייב לסדנה של 8 מפגשים.

"הייתה ביקורת של ההורים שהמפגשים ארוכים מידי. זה נופל בשעות שבא על חשבון המשפחה. בכל שעה שלא חשבנו לעשות את זה, שעתיים היה ארוך מידי. הורים התקשו להתחייב". (מובילה יישובית)

"המבנה של התכנית לא מודולרי. היא חייבת להתבצע באופן מסוים. הקושי העיקרי הוא גיוס ההורים ל- 8 מפגשים. בגלל שלא היו ילדים במפגשים, יש להם קושי שלהם להתחייב לרצף של 8 מפגשים. חלק אמרו של - 4 מפגשים הם כן יכולים להתחייב". (מובילה יישובית)

• היעדר פעילות לילדים במקביל לסדנת ההורים – תכנית Henry באנגליה כוללת העסקה של הילדים על-ידי מפעילה בשכר במקביל לסדנת ההורים כדי לאפשר להורים להגיע לסדנה ולהשתתף בה. כאמור, בתכנית "אפשריבריא משפחתי" העסקת המפעילה לא תוקצבה על-ידי התכנית, וגם לא הייתה מודעות לכך בחלק מהיישובים.

בראיונות העומק בחלק מהיישובים נטען כי הפעלת הילדים במקביל לסדנת ההורים סייעה בגיוס ההורים ובהתמדתם בסדנה. למשל, סדנת הורים במעון רב תכליתי באחד היישובים התקיימה בין השעות 17:00-19:00 כשהילדים עדין נמצאים במעון. לדברי מנחת הסדנה, הדבר תרם לגיוס ולהתמדה של ההורים:

"ברגע שגננת או מנהלת מעון ירצו באמת את התכנית, הן יצליחו. אולי צריך לעשות את הסדנה בזמן שהילדים בגן או במעון. צריך לראות איך הולכים לקראת ההורים". (מנחה)

ביישובים דלית אל כרמל ועוספיא תוקצבה מפעילה שהעסיקה את הילדים על-ידי הרשות. בנוסף, בחלק מהזמן אף הייתה הפעלה משותפת להורים וילדים. לדברי מרואיינות ביישובים אלה, הדבר תרם באופן משמעותי לגיוס ההורים לתכנית. אחת המרואיינות אף ציינה כי הגיוס היה קשה בהרבה ללא מרכיב זה.

"החיבור של ההורים והילדים הופך את זה לזמן איכות של ההורים עם הילדים. זה מקל שהילד עם ההורה. לא צריך לדאוג לסידור". (רכזת יישובית)

"המכשול היחיד הוא מה לעשות עם הילדים אבל ברגע שיש משחקיה זה פותר את הבעיה. ללא המשחקיה היה הרבה יותר קשה לגייס". (מובילה יישובית)

"הילדים וההורים ביחד זה תורם לגיוס. יש עוד תכניות להורים ויותר קשה לגייס". (מנהלת מרכז גיל רך)

סיכום

פרק זה עסק בהערכת התהליך של התכנית – ביצוע ההכשרות והסדנאות ביישובים, גורמים מאפשרים וחסמים של התכנית.

הממצאים בפרק זה מלמדים כי ביצוע הכשרות הליבה לאנשי המקצוע והסדנאות להורים היה מצומצם למדי בהתחשב בפרק הזמן בו פעלה תכנית הפיילוט. בתקופה של כ – 3.5 שנים בהן התקיימה התכנית בוצעו 23 הכשרות ליבה לאנשי מקצוע בהן הוכשרו כ – 400 אנשי מקצוע בלבד⁵. באותה תקופה בוצעו 27 סדנאות הורים בהן השתתפו כ – 270 הורים בלבד.

הניסיון להבין מדוע הביצוע של ההכשרות בתכנית היה כה מצומצם מלמד על קיומם של גורמים מערכתיים ויישוביים שתורמו לכך, וביניהם:

גורמים מערכתיים - תקשורת לקויה בין השותפים ברמה הארצית, רכיבים בתכנית שלא הותאמו מאנגליה לישראל והיעדר גמישות בהפעלת התכנית (צמצום משך המפגשים או מספר המפגשים).

גורמים יישוביים – ניסיון מועט בשיתוף פעולה בין הרשויות המקומיות למשרד הבריאות, קדימות נמוכה לתכנית ביישוב, עבודת צוות יישובית לא מספיק שיטתית ומוגדרת, היעדר דמות מתוקצבת המרכזת את העשייה של התכנית ביישוב וקושי בגיוס הורים לתכנית, שנבע בעיקר משיווק וגיוס לא יעילים, מבנה סדנה לא מותאם לחלק מההורים והיעדר העסקה של הילדים במקביל לסדנת ההורים, כנהוג בתכנית באנגליה.

6. הערכת תוצאות התוכנית

6.1 הערכת ממצאי התוכנית בקרב משתתפים בהכשרות ליבה

כאמור לעיל, בסה"כ התקיימו במהלך הפיילוט 23 הכשרות ליבה. במסגרת איסוף הנתונים נערכו ראיונות איכותניים עם 29 אנשי מקצוע ביישובים. כמו כן, נאספו 155 שאלונים ממשתתפים, שמילאו את שאלון המחקר לפני ההשתתפות בהכשרת הליבה ולאחריה (בהתאם למתואר בפרק שיטות המחקר).

א. ממצאי הניתוח האיכותני עבור הכשרות הליבה

ראיונות העומק עם אנשי מקצוע ביישובים עסקו בין היתר בהשתתפותם בהכשרת הליבה של "אפשריבריא משפחתי". ניתן ללמוד מהראיונות כי באופן כללי, קיימת שביעות רצון גבוהה מאד של המרואיינים מההכשרה. המרואיינים ציינו את הסיבות הבאות לכך:

- ההכשרה מתייחסת לאורח חיים בריא בהגדרה רחבה ונתפסת כשיימה ולא מאיימת.
- ההכשרה משלבת אורח חיים בריא עם כישורי הורות מה שהופך אותה לייחודית.
- ההכשרה שמה דגש על גישה אמפתית, משתפת, רגישה ומתמקדת בנקודות החוזק של המשתתפים.
- העזרים בהם משתמשים המנחים והחומר המחולק למשתתפים נתפסים כמקצועיים ואף נראים כאלה.
- המנחים בהכשרה נתפסים כמקצועיים ורגישים למשתתפים.

⁵ לאחר הורדת ההכשרות המרוכזות לאחיות טיפת חלב בירושלים, בוצעו 15 הכשרות ל – 270 אנשי מקצוע בלבד. 30 אנשי מקצוע בממוצע ליישוב.

- ההכשרה מתנהלת בצורה חווייתית ומשתפת.

לדברי משתתפים בהכשרת הליבה :

"המנחות עושות את זה בצורה מופלאה. המון רגישות אלינו וגם אחת לשנייה. נתנו לנו להרגיש משמעותית. נותנים לכולם להתבטא ולהביע את עצמם".

"יש חשיבה על כל פרט קטן בחוברת. האביזרים שהם משתמשים מצוינים".

"ההכשרה מצוינת! חווייתית, משתפת, בנויה לפרטי פרטים. אנשים מתפעלים מהגישה. הכל נעשה בצורה לא מאיימת ומשתפת. אנשים לוקחים דברים הביתה. למשל, איך עושים שינוי, גישות של הורות ועוד".

"אחת ההכשרות היותר טובות שהייתי בהן! ממוקדת, חווייתית, מחוברת לנושאים. מאד נהניתי מההכשרה. נותנים דגש למיומנויות שכדאי לשים לב אליהן. למשל, אמפתיה. מה צריך לשים לב בעבודה עם ההורים. עובדים על הסטינג. אין מה לשפר".

מנגד, היו קולות של אנשי מקצוע מעטים שטענו כי הכשרת הליבה לא חידשה מספיק מבחינת התכנים, הייתה עמוסה מדי ולא יישומית מספיק. לדבריהם :

"את רוב הדברים ידעתי כבר. הורות והדרכת הורים אני מכירה. יש לי תואר שני בעבודה קהילתית בגיל הרך. לגבי אורח חיים בריא, היו שם מעט דברים שחידשו לי".

"הייתה הכשרה עמוסה מדי. המנחות התפזרו בכל מיני נושאים ופחות התקדמו. היו יותר מדי פלקטים. זה נשאר באוויר זה איך ליישם את התכנית - הקשר בין מה שלמדנו לבין איך, כל אחד יכול להביא לידי ביטוי מה הוא למד".

סיכום

ממצאי הראיונות עם אנשי מקצוע שהשתתפו בהכשרת הליבה מלמדים כי :

- באופן כללי, קיימת שביעות רצון גבוהה מאד של המרואיינים מההכשרה.
- המרואיינים ציינו לחיוב בעיקר את השילוב בין אורח חיים בריא להורות, הגישה ההוליסטית לאורח חיים בריא, הגישה האמפתית והמשתפת ואת ההנחיה המקצועית והחווייתית.
- מנגד, מיעוט מהמשתתפים ציינו כי תכני ההכשרה לא חידשו הרבה וכי היא הייתה עמוסה מדי ופחות יישומית לאנשי המקצוע.

ב. ממצאי הניתוח הכמותי עבור הכשרות הליבה

תיאור מאפיינים דמוגרפיים של משתתפי ההכשרות

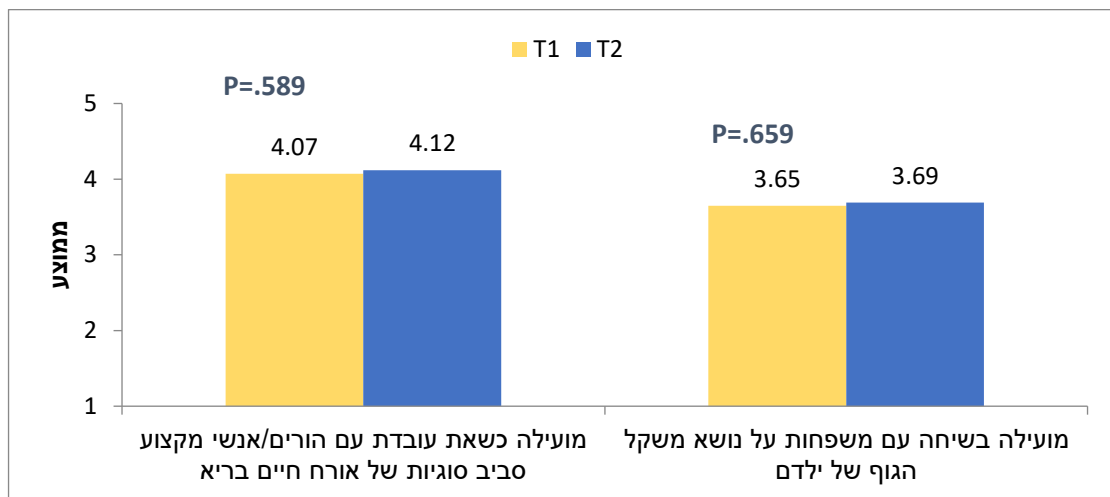
רובן המכריע של משתתפות ההכשרות הינן נשים (151, 97%) ומרביתן (כ-89%) בגילאי 30 ומעלה. בכל הנוגע לרקע המקצועי של המשתתפות, 44% (62 משתתפות) הינן אחיות טיפת חלב, 9% (14 משתתפות) הינן עובדות סוציאליות, 8% (12 משתתפות) הינן מנהלות או רכזות תכנית, 4% (6 משתתפות) הינן מנהלות מעון, 3% (5 משתתפות) הינן פסיכולוגיות והשאר (32%, 50 משתתפות) השיבו "אחר" ולא פירטו.

מדיווח המשיבות עולה, כי מרביתן עוסקות בסוגיות הקשורות באורח חיים בריא עם הורים בעבודתן היום-יומית. בשאלון לפני תחילת הכשרת הליבה 74% מהמשתתפות דיווחו כי הן עוסקות בסוגיות הקשורות באורח חיים בריא עם ההורים לפחות פעם בשבוע, בשלב השני של ההכשרה 76.6% מהמשתתפות דיווחו על תדירות זו, ללא הבדל מובהק בין שתי המדידות ($P=0.791$ McNemar).

מקצועיות בעבודה עם הורים

המשתתפות נשאלו לגבי רמת המקצועיות הנתפסת שלהן והמידה בה הן מרגישות מועילות בעת עבודה עם הורים בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא ובנושא משקל הגוף של ילדם. התשובות נעו על סולם מ 1 (כלל לא מועילה) ועד 5 (מועילה מאוד). כפי שניתן ללמוד מתרשים מספר 1, לא נמצאו הבדלים מובהקים ביחס לנקודה זו בקרב משתתפי הכשרת הליבה (בהשוואת התשובות לפני ההשתתפות בהכשרת הליבה ולאחריה).

תרשים 1: תחושת מקצועיות בקרב משתתפי הכשרת הליבה בשני שלבי המחקר¹

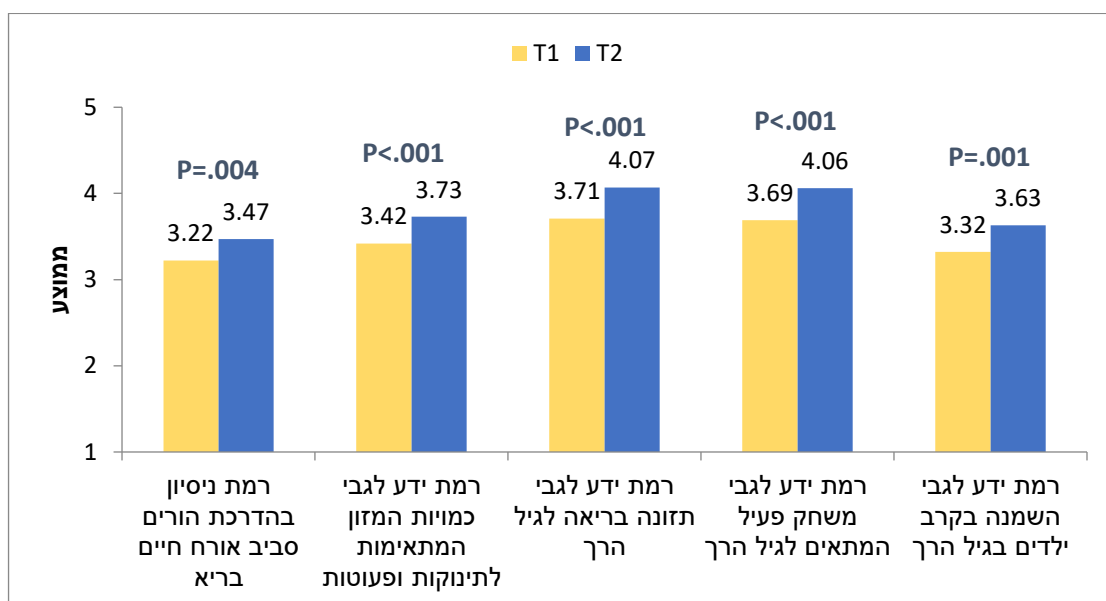


¹נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

מומחיות - תחושת ניסיון ורמת ידע

המשתתפות בהכשרות הליבה נשאלו לגבי תחושת הניסיון שלהן ורמת הידע בנושאים הקשורים לאורח חיים בריא. התשובות נעו על סולם מ 1 (חסרת ניסיון) ועד 5 (מומחית). כפי שניתן ללמוד מתרשים 2, נמצאה עלייה מובהקת בתחושת המשתתפות בנוגע למומחיותן בכל ההיבטים שנבחנו: רמת ניסיון בהדרכת הורים סביב אורח חיים בריא ($P=0.004$), רמת ידע לגבי כמויות מזון מתאימות ($P<0.001$), רמת ידע לגבי תזונה בריאה לגיל הרך ($P<0.001$), רמת ידע לגבי משחק פעיל המתאים לגיל הרך ($P<0.001$) ורמת הידע בנוגע להשמנה בקרב ילדים בגיל הרך ($P=0.001$).

תרשים 2: מומחיות- ממוצע תחושת ניסיון ורמת ידע בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹

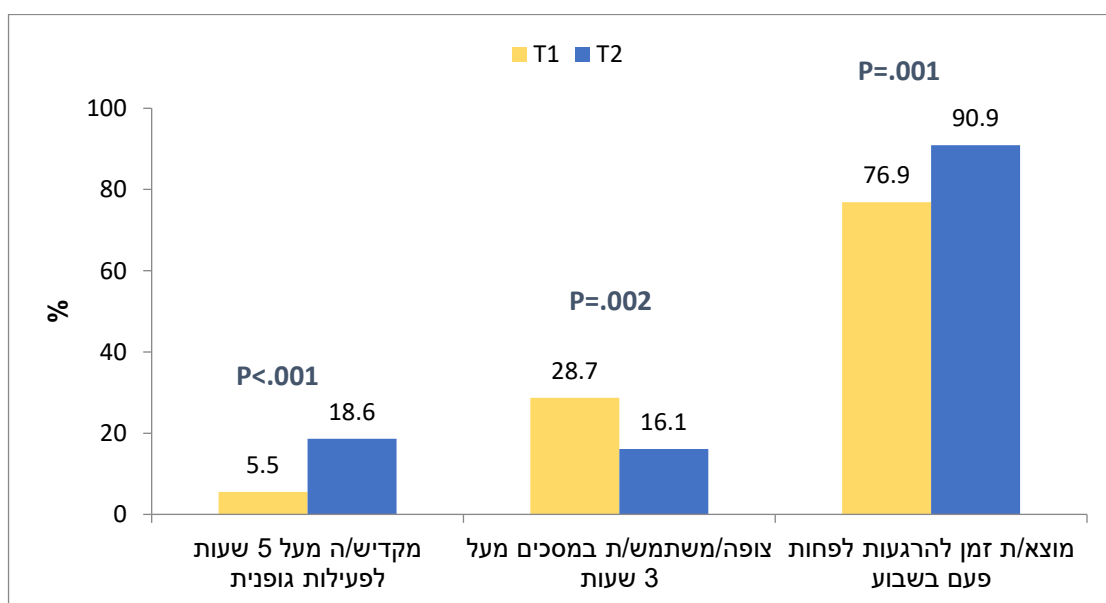


¹נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

”זמן בריא” מחוץ לשעות העבודה

משתתפות ההכשרה נשאלו לגבי תדירות הזמן שהן מקדישות לביצוע פעילות גופנית, צפייה במסכים מסוגים שונים ומציאת זמן להרגעות מחוץ לשעות העבודה. בתרשים מספר 3 מוצג אחוז הדיווח על פעילויות שונות אותן מבצעות המשיבות בזמן הפנוי מחוץ לעבודה. כפי שניתן ללמוד מהמוצג בתרשים 3, ישנה עלייה מובהקת בכל ההיבטים שנבדקו.

תרשים 3: אחוז המדווחים על תדירות אופן בילוי הזמן מחוץ לשעות העבודה- בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹



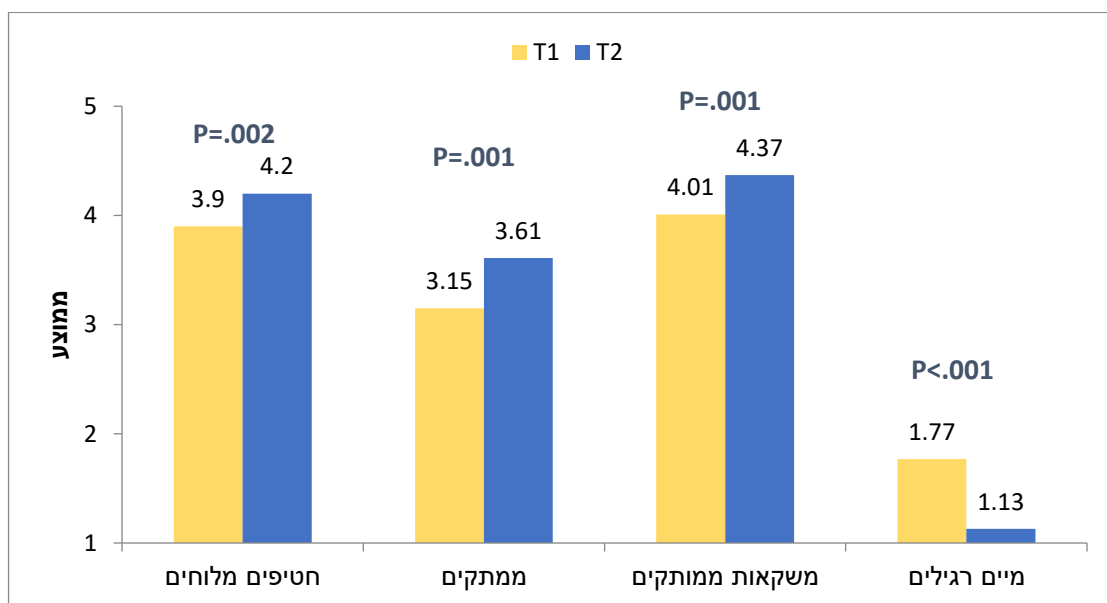
¹נבחן באמצעות מבחן McNemar

מהממצאים עולה, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה אחוז גבוה יותר מהמשתתפות מקדישות 5 שעות ומעלה בשבוע לפעילות גופנית ($P < 0.001$), צופות במסכים (טלוויזיה ומחשב וטלפון) פחות מ- 3 שעות ביום ($P = 0.002$), ומוצאות זמן להירגעות לפחות פעם בשבוע ($P = 0.001$).

אופן צריכת מזון ושתייה

המשתתפות נשאלו גם לגבי צריכת מזונות שונים ונתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (כמה פעמים ביום) ועד 5 (אף פעם). התוצאות מוצגות בתרשים מספר 4. כפי שניתן ללמוד מתרשים מספר 4, ישנה ירידה מובהקת בצריכת חטיפים מלוחים ($P = 0.002$), ממתקים ($P < 0.001$) ומשקאות ממותקים ($P = 0.001$) וכן עלייה בדיווח המשתתפות על שתיית מים ($P < 0.001$).

תרשים 4: צריכת חטיפים, ממתקים שתייה ממותקת ורגילה - בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹ (ציון גבוה מסמל תדירות נמוכה)

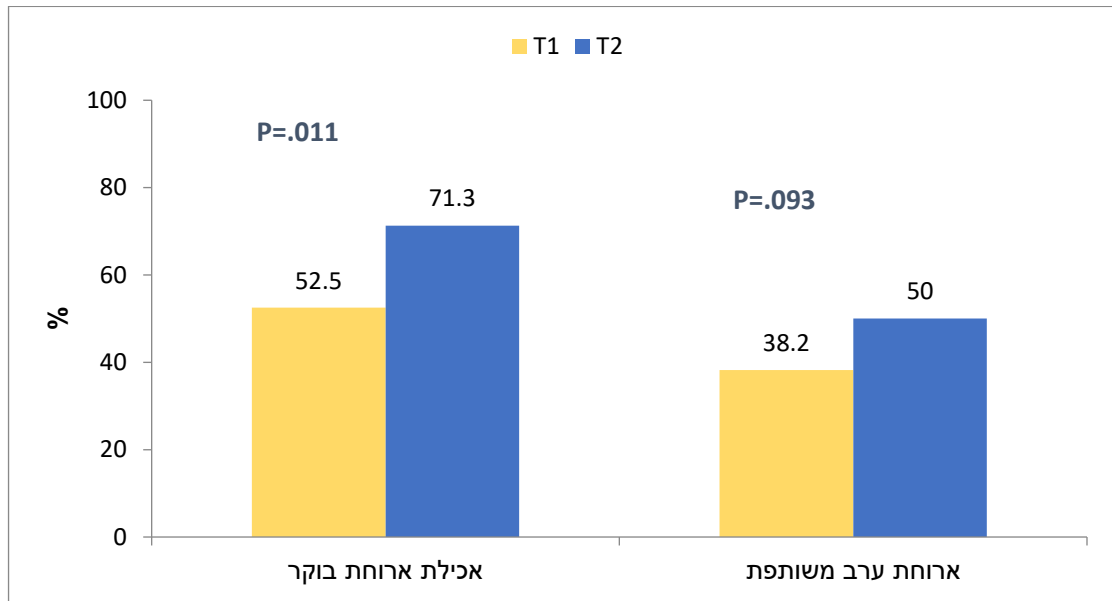


¹נבחר באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

המשתתפות נשאלו גם לגבי אופן האכילה שלהן (ארוחות בוקר, וארוחות ערב משותפות לבני המשפחה) והתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (פחות מפעם בשבוע) ועד 5 (כל יום). תרשים מספר 5 מציג את התוצאות. השאלות קובצו לשתי קטגוריות - ארבע פעמים ומעלה בשבוע לעומת פחות מארבע פעמים בשבוע.

כפי שניתן ללמוד מתרשים 5 ישנה עלייה מובהקת בדיווח על אכילת ארוחת בוקר ($P = 0.011$) ועלייה נוספת, אם כי לא מובהקת סטטיסטית, בתדירות אכילת ארוחת ערב משותפת ($P = 0.093$).

תרשים 5: אחוז המדווחים על אכילת ארוחת בוקר וערב משותפות ארבע פעמים ומעלה בשבוע- בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹



¹נבחן באמצעות מבחן McNemar.

על סמך ממצאים אלו ניתן לסכם ולומר כי השתתפות בהכשרת הליבה הובילה לשינוי הרגלי התזונה ולקידום אורח חיים בריא, על פי דיווחן של משתתפות הכשרות הליבה.

עמדות בנושא אורח חיים בריא

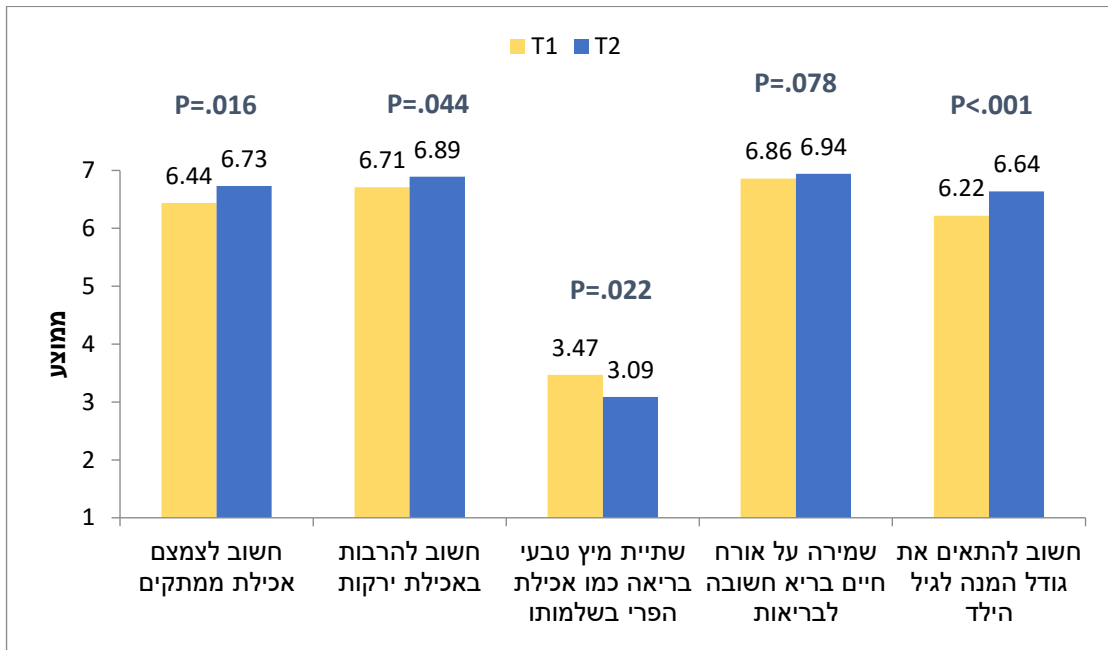
המשתתפות נשאלו לגבי עמדותיהן בנושא אורח חיים בריא והתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (לא מסכים בכלל) ועד 7 (מסכים מאוד). תרשימים מספר 6 ו-7 מציגים את התוצאות.

כפי שניתן ללמוד מתרשים מספר 6, נמדדה עלייה מובהקת סטטיסטית כמעט בכל העמדות האישיות אליהן התייחס שאלון המחקר. משמעות הממצאים, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה, עמדות המשתתפות כלפי שמירה על אורח חיים בריא בחייהן הפרטיים הפכו לחיוביות יותר.

כפי שניתן לראות בתרשים 6, ישנה עלייה מובהקת במידה בה המשתתפות מאמינות כי חשוב לצמצם אכילת ממתקים ($P=0.016$), במידה בה הן מאמינות כי חשוב להרבות באכילת ירקות ופירות ($P=0.044$), וכן בעמדותיהן לגבי החשיבות בהתאמת המנה לגיל הילד ($P<0.001$). בנוסף, נמדדה ירידה מובהקת באמונה כי שתיית מיץ טבעי בריאה כמו אכילת הפרי בשלמותו ($P=0.022$). עם זאת, לא נמדד שינוי מובהק בעמדה כי "שמירה על אורח חיים בריא חשובה לבריאות", אם כי חשוב לציין כי הממוצע ביחס לעמדה זו היה מאוד גבוה מלכתחילה (6.86 בסולם של 1-7).

על סמך ממצאים אלו ניתן לומר, כי עמדות משתתפי הכשרת הליבה בנוגע לאורח חיים בריא השתנו באופן מובהק לטובה לאחר ההשתתפות בהכשרה.

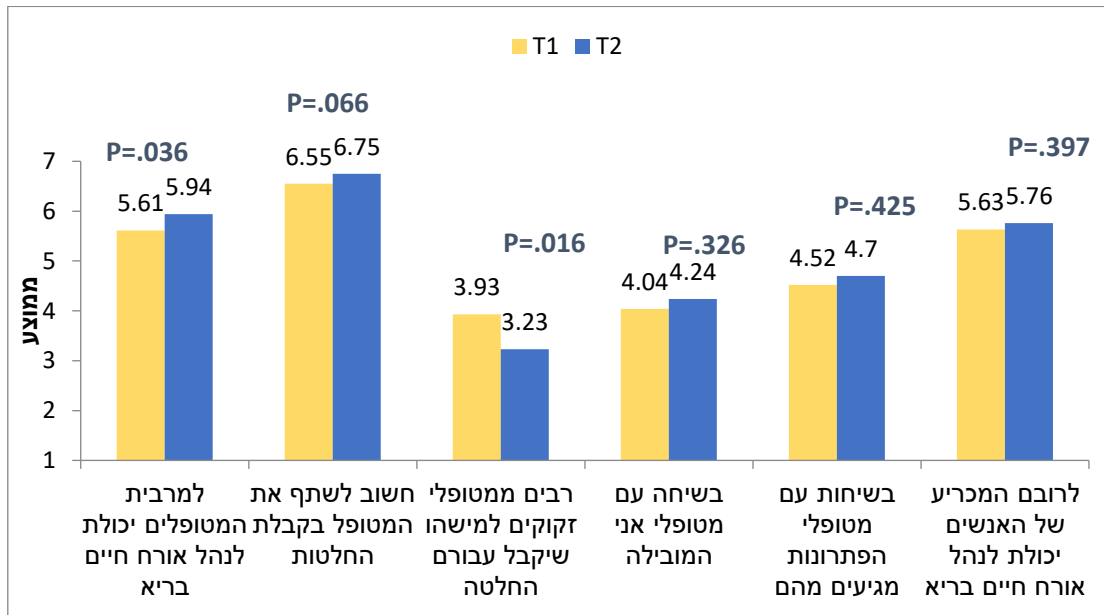
תרשים 6: ממוצע עמדות אישיות בנושא אורח חיים בריא- בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹



¹נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

בתרשים מספר 7 מוצגות עמדות המשתתפות כלפי אמונתן ביכולת של מטופליהם לנהל את חייהם ולקבל החלטות בנוגע לאורח חיים בריא (בגישה הטיפולית המשתפת). כפי שניתן ללמוד מהתרשים, נמדדה עלייה מובהקת בעמדות המשתתפות בנוגע לאמונה ביכולת מטופליהם לנהל אורח חיים בריא ($P=0.036$), וירידה מובהקת בתפיסת המשתתפות כי מטופליהם זקוקים למישהו שיקבל עבורם את ההחלטות ($P=0.016$). בנוסף, נצפה שינוי בעלת מובהקות סטטיסטית גבולית בנוגע לעמדת המשתתפות לגבי חשיבות שיתוף המטופל בקבלת החלטות ($P=0.066$). עם זאת, לא נמדד שינוי בעמדות נשות המקצוע בנוגע למידה בה הן מאמינות שלמטופליהם יש את היכולת לנהל אורח חיים בריא, וכן לא נמדד שינוי בעמדות המתייחסות להובלת השיחה והתהליך ע"י המטופל עצמו.

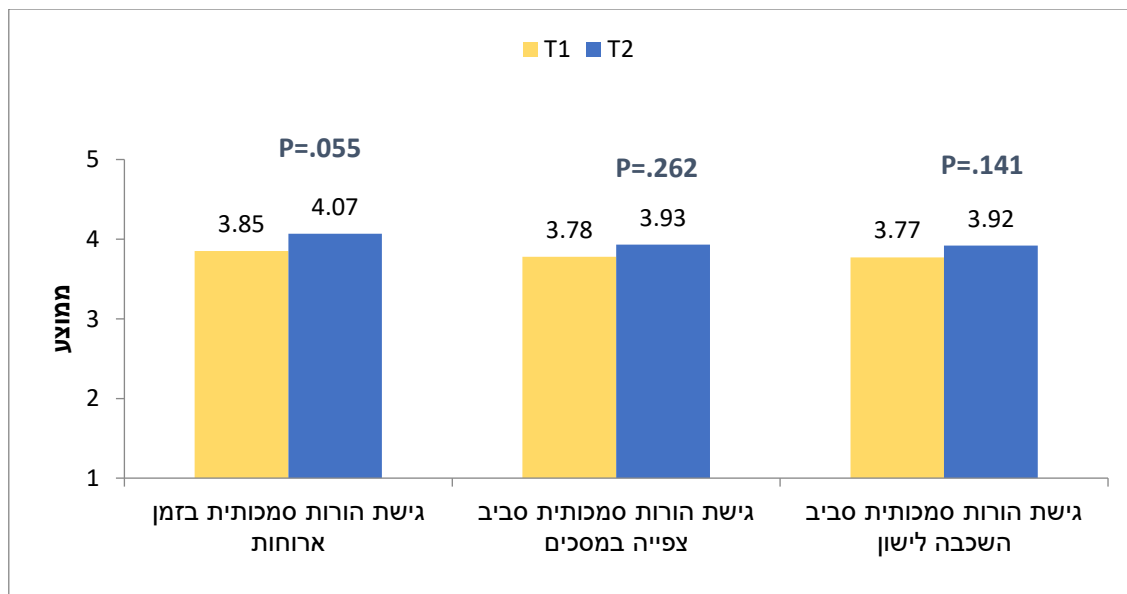
תרשים 7: ממוצע עמדות כלפי יכולת מטופלים בנושא אורח חיים בריא- בקרב משתתפי ההכשרה בשני שלבי המחקר¹



תפיסות בנושא הורות בגישה סמכותית

המשתתפות נשאלו לגבי תפיסותיהן בנושא סמכות הורית והתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (לא מצליחה) ועד 5 (מצליחה מאוד). תרשים מספר 8 מציג את התוצאות. כפי שניתן ללמוד מתרשים מספר 8, נצפתה עלייה בעלת מובהקות גבולית ($P=0.055$) בנוגע למידת ההצלחה של המשתתפים ביישום גישת הורות סמכותית בזמן ארוחות. עם זאת, לא נמדדו שינויים בגישת ההורות הסמכותית סביב צפייה במסכים וסביב ההשכבה לישון.

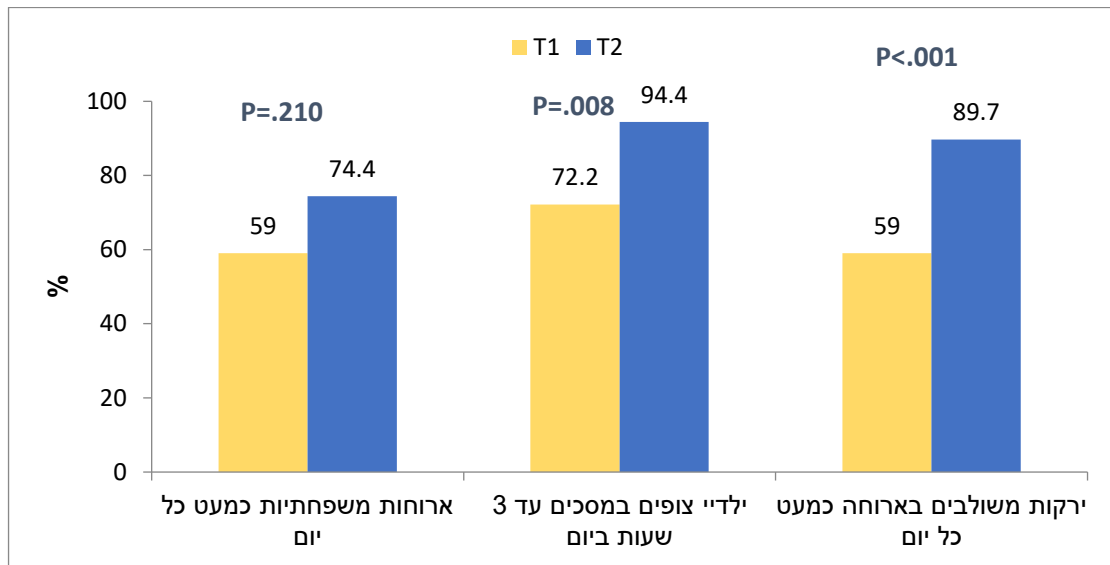
תרשים 8: ממוצע תפיסות בנושא סמכות הורית- בקרב משתתפי הכשרות הליבה בשני שלבי המחקר¹



¹נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

המשתתפות נשאלו לגבי תדירות קיום ארוחות משפחתיות משותפות, שעות צפייה של הילדים במסכים ושילוב ירקות בארוחות. תרשים מספר 9 מציג את התוצאות. כפי שניתן ללמוד מהמוצג בתרשים, אחוז המדווחות כי ילדיהן צופים במסכים 3 שעות ומטה בכל יום, גדל באופן מובהק מ-72.2% ל-94.4% (P=0.008). בנוסף, אחוז המדווחות על שילוב ירקות בארוחה כמעט כל יום עלה מ-59% לפני ההשתתפות בהכשרת הליבה ל-89.7% לאחר ההשתתפות בהכשרה (P<0.001).

תרשים 9: אחוז המדווחים על תדירות אכילת ארוחות משותפות, צפייה בטלוויזיה ושילוב ירקות בארוחות - בקרב משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹



¹נבחר באמצעות מבחן McNemar.

סיכום ממצאי הכשרת הליבה, ניכר כי הכשרת הליבה תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון והידע. לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים יותר באופן מובהק כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר.

עם זאת, לא נמצא הבדל במידה בה אנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים וכן לא נמצא שינוי במידה בה אנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים לתת למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא".

בכל הנוגע לשינויים בחייהם האישיים של משתתפי הכשרת הליבה, ניכר כי ההכשרה הובילה לשינוי מהותי (על פי הדיווח הסובייקטיבי). ממצאי ההערכה מלמדים כי חלו שינויים מובהקים באופן בילוי הזמן מחוץ לשעות העבודה, בתדירות צריכת מזונות שונים (שיפור בצריכת מזונות בריאים) וכן נמדד שינוי לטובה בעמדות המשתתפים ביחס להיבטים שונים של אורח חיים בריא.

6.2 הערכת ממצאי התוכנית בקרב המשתתפים בסדנאות ההורים

א. ניתוח איכותני עבור משתתפי סדנאות ההורים

34 הורים שהשתתפו בסדנה 1 – 15 הורים שנשרו מהסדנה רואיינו איכותנית בטלפון לצורך קבלת משוב על הסדנה. הראיונות עם ההורים התקיימו בשלושה מועדים שונים: ינואר 2017, נובמבר 2017 ונובמבר 2018. עיתוי קיום הראיונות היה 4-8 חודשים מיום סיום הסדנה בה השתתפו ההורים. בלוח מספר 5, ניתן לראות את מספר ההורים שרואיינו לפי יישוב המגורים. ראוי לציין כי כל המרואיינים היו נשים, למעט גבר אחד, שנשר מהסדנה.

לוח מספר 5: מספר המרואיינות בנושא סדנת הורים

מס' נשים שפרשו	מס' נשים שהשתתפו	יישוב
4	9	דימונה
0	2	ירוחם
7	10	צפת
0	1	קריית ים
1	4	רמלה
2	4	דלית אל כרמל
1	4	עוספיא
15	34	סה"כ

בלוח מספר 6 ניתן לראות את הנושאים שנבדקו בראיונות הטלפוניים עם ההורים ואת הסוגיות שהעלו ההורים, בהתייחס לכל אחד מהנושאים.

לוח מספר 6: נושאים שנבדקו בראיונות והסוגיות שהעלו ההורים שרואיינו

נושא שנבדק בראיון	סוגיה שהועלתה על-ידי ההורים
1. אופן הגיוס לסדנה והמניע להשתתפות בה	• גיוס תלוי מנחה במקום ספציפי (טיפת חלב, מעון יום).
	• המלצה של חברה שהשתתפה בסדנה.
	• הרחבת הידע בנושא אורח חיים בריא והתנהלות הורית.
	• צורך בשיפור אורח החיים הבריא במשפחה.
2. נושאים שנלמדו בתחום אורח חיים בריא	• הכרת מרכיבי המזון.
	• הרגלי אכילה וכמויות מזון.
	• ההשפעות החיוביות של אורח חיים בריא.
	• רתימת ילדים לאורח חיים בריא.
3. נושאים שנלמדו בתחום ההורות	• הקשבה לילדים.
	• זמן איכות משפחתי.
	• סמכות הורית וקביעת גבולות.
4. נושאים שהוטמעו בבית – תזונה ופעילות גופנית	• בדיקת רכיבי המזון לפני קנייתו.
	• שיפור איכות המזון לבריא יותר.
	• תכנון הארוחות.
	• הקפדה על פעילות גופנית.
5. נושאים שהוטמעו בבית – הורות	• שיפור התקשורת הבין אישית עם הילדים
	• שיפור ההתנהלות והאווירה בבית
6. נושאים לשיפור בסדנה	• יותר מפגשים ויותר תכנים.
	• אין מה לשפר. הסדנה והמנחות היו מצוינות.
	• המלצה על הסדנה להורים אחרים.
7. סיבות לנשירה מהסדנה	• סיבות אישיות שאינן קשורות לסדנה.
	• חוסר רצון לשתף הורים אחרים בקבוצה.
	• שעות לא מתאימות של הסדנה – בוקר וערב.

להלן פירוט הסוגיות שהועלו על-ידי ההורים בכל נושא שנבדק בראיון הטלפוני:

1. אופן הגיוס לסדנה והמניע להשתתפות בה

אופן הגיוס לסדנה – רוב ההורים שרואיינו הגיעו לסדנה באמצעות גיוס ממוקד של מנחה, לרוב מטיפת חלב אך גם ממעון מיום. בנוסף, היו משתתפות שהגיעו לסדנה שלא דרך המנחה אלה בהמלצה של מכרה.

מניע להשתתפות בסדנה – בתשובות ההורים בלטו שני מניעים עיקריים להשתתפות בסדנה – רצון לרכוש ידע בנושא אורח חיים בריא וצורך לקבל סיוע / הכוונה בנושא.

“הגעתי דרך אחות טיפת חלב של הבת, אמרה שיש סדנא על רעיונות לאוכל בריא לילדה, כמויות אוכל נדרשות לילדה ואורח חיים בריא לכל משפחה, מאוד שמחתי להשתתף ולהעשיר את הידע של בנושא בריאות לכל המשפחה”. (משתתפת בסדנה)

“אני נמצאת בקבוצת וואצאפ של אימהות בדימונה ושמעתי שיש קורס של כמה מפגשים על תזונה וגידול ילדים. כרגע זה מאוד רלוונטי לי בחיים”. (משתתפת בסדנה)

2. נושאים שנלמדו בתחום אורח חיים בריא

הכרת מרכיבי המזון – הכרה של מרכיבי מזון בריאים שמומלץ להרבות בהם (למשל: פירות, ירקות, חיטה מלאה) לעומת מרכיבי מזון מזיקים שמומלץ להימנע מהם (למשל: מזון מעובד, סוכר, מלח).

“קיבלתי טיפים מעשיים בנושא תזונה, רשימת רכיבים במוצרים, למדתי על רכיבים שהם בעצם “רעלי”, קיבלתי רעיונות לגבי שילוב של מצרכים לארוחות בריאות”. (משתתפת בסדנה)

הרגלי אכילה וכמויות מזון – ידע איך להתנהג עם הילדים בזמן האוכל ואיך לנהוג עם כמויות המזון בצלחת.

“קיבלתי עצות להתנהגות באוכל עם ילדים, למשל, מה לעשות אם הילדה זורקת אוכל, למדתי על התנהגות ומשמעת נכונים בזמן אוכל, לתקשר יותר עם הילדים, לדבר איתם ולהסביר להם למה עושים כל דבר”. (משתתפת בסדנה)

ההשפעות החיוביות של אורח חיים בריא – האופן שבו אורח חיים בריא משפיע על הבריאות הפיזית והנפשית.

“הספר שחילקו המחיש לו והראה לו שיש הוכחות שאורח חיים בריא משפיע לטובה ואפשרי”. (משתתפת בסדנה)

רתימת ילדים לאורח חיים בריא – דרכים לרתימת הילדים והמשפחה לעשות שינוי באורח החיים האישי והמשפחתי. “הספר הקנה גם כלים ועזרים להתמודדות ושינוי בתחום אורח חיים בריא. גם הסיפורים שהצוות סיפר והמחיש תרמו מאוד”. (משתתפת בסדנה)

3. נושאים שנלמדו בתחום ההורות

הקשבה – התבוננות מנקודת המבט של הילד. מתן תשומת לב לילדים. הקשה מלאה לילדים כשהם מדברים.

“למדתי לעצור ולהסתכל איך הדברים נראים מהעיניים של הילד. נושא שהיה חדש לי. למה הוא מתנהג כמו שהוא מתנהג, ולמה הוא עושה את מה שהוא עושה”. (משתתפת בסדנה)

זמן איכות – הקדשת זמן איכות לעצמי, עם בן הזוג ועם הילדים. חשיבות המשחק עם ילדים.

”למדתי את חשיבות זמן האיכות לעצמי וזמן איכות עם בעלי”. (משתתפת בסדנה)

סמכות הורית וקביעת גבולות – הצבת גבולות ויצירת חוקים בזמן הארוחות אבל לא רק. אסרטיביות ועקביות מול הילדים.

”זה לימד אותי שהילד צריך להיות במקום שברור לו שאני מובילה בבית ואני זו שקובעת את הגבולות בבית”. (משתתפת בסדנה)

4. נושאים שהוטמעו בבית בתחום תזונה ופעילות גופנית

בדיקת רכיבי המזון לפני קנייתו – בדיקה של מרכיבי המזון בסופר ורכישה של מזון עם מרכיבים בריאים על חשבון מזון עם מרכיבים פחות בריאים.

”כשאני הולכת לקנות בסופר אני מסתכלת על הרכיבים של המוצר. אפילו מוצרים שרשום עליהם דייאט או חיטה מלאה, אני בודקת גם אותם, כי גם בהם יש רכיבים לא בריאים”. (משתתפת בסדנה)

שיפור איכות המזון לבריא יותר – צריכה רבה יותר של מזון בריא ופחות של מזון לא בריא.

”עכשיו יש ארוחות מסודרות בבית והרבה יותר בריאות, הילד הגדול אכל המון חטיפים ושתה הרבה שתיה מתוקה ועכשיו פחות חטיפים והוא לא שותה בכלל שתיה מתוקה, כתוצאה הילד גם ירד במשקל”. (משתתפת בסדנה)

תכנון הארוחות – תכנון הארוחות הן בהיבט של סוג והן בהיבט של כמות המזון המוגשת.

”אני מתכננת מראש את הארוחות ואת סדר היום, מה שלא הייתי עושה לפני. מכניסה חשיבה על אבות המזון, כשאני מתכננת את הארוחות. מגישה מינונים נכונים של אוכל בצלחת. לפני הסדנה הייתי מגישה מינונים גדולים יותר של אוכל”. (משתתפת בסדנה)

הקפדה על פעילות גופנית – הן ברמה האישית והן בקרב הילדים.

”אני בתהליך של ירידה במשקל, אני עושה פעילות גופנית ומשלבת את הדברים שלמדתי”. ”יותר זמן איכות עם הילדים תוך כדי פעילות והפעלות אקטיביות פחות מול הטלוויזיה והטאבלט”. (משתתפת בסדנה)

5. נושאים שהוטמעו בבית בתחום ההורות

שיפור התקשורת הבין אישית עם הילדים - שיתוף רב יותר של הילדים ברגשות, יותר הקשבה ותשומת לב לילדים, שימוש בחיזוקים חיוביים לילדים ולמשפחה, דיבור לילדים ב"גובה העיניים" ועוד.

”אני מדברת איתם בגובה העיניים. לפני כן, הייתי מדברת קצת בהתנשאות מעליהם. אני לא קוטעת אותם. לפני כן, הייתה לי נטייה לקטוע אותם הרבה בזמן הדיבור. כשהילד פונה אליי, אני עוזבת את המשימה ומקשיבה. מה שלא הייתי עושה לפני הסדנה”. (משתתפת בסדנה)

שיפור ההתנהלות והאווירה בבית – יותר גבולות וכללים ברורים, יותר עקביות, התארגנות טובה יותר של הילדים, אווירה יותר טובה ורגועה ועוד.

”שמתי גבול לאלימות בבית. יש כללים וגבולות ברורים. היום הבן שלי יודע שאם הוא מרביץ הוא הולך לחדר והוא מרביץ פחות. עשיתי סדר יום לילד. הילד יודע את סדר היום שלו. יודע מה

הגבולות של אמא. והוא יותר רגוע ולא מתווכח איתי על דברים שהוא צריך לעשות. ההתמדה בסדר היום עשה לו טוב וביטחון". (משתתפת בסדנה)

6. נושאים לשיפור בסדנה

"שום דבר, היינו קבוצה חמה מאוד. הכל היה אישי ושיתוף מלא. היה כייף והרגשה חופשית". (משתתפת בסדנה)

"הסדנא מצוינת. הבנות בצוות אלופות, מעבירות את החומר באופן חד משמעי וברור. הייתי רוצה להשתתף בסדנת המשך לסדנא אחרי כמה חודשיים כי שוכחים". (משתתפת בסדנה)

"הייתי ממליצה על הסדנה כי היא ממש טובה ותורמת!". (משתתפת בסדנה)

7. סיבות לנשירה מהסדנה

"הרגשתי שהמנחות מקשקות הרבה ושיש דיבורי סרק. לא הרגשתי שזו הרצאה חשובה בנושא אורח חיים בריא. למשל: אמרו, בואו תספרו לנו מה אתן מביאות לילד לאכול? איך אתן מרדימות אותו? וכדומה...לא אהבתי את הסגנון הזה". (נושרת מהסדנה)

"השעות התנגשו לי עם העבודה שמצאתי - אני מתקיימת מאבטחת הכנסה. אני לבד. הייתי חייבת למצוא עבודה, שטיפת מדרגות, מט"ב, מה שיש, כי הרגשתי שאם לא אכניס עוד 200 ₪ בחודש, אני קורסת". (נושרת מהסדנה)

סיכום

ממצאי הראיונות הטלפוניים עם הורים שהשתתפו בסדנה והורים שנשרו ממנה מלמדים כי :

- הסדנה תורמת מאד בהקניית ידע להורים בנושא אורח חיים בריא (בעיקר תזונה) ובמידה פחותה מכך בנושא הורות.
- הסדנה גורמת לשינוי אישי ומשפחתי הן בתחום אורח חיים בריא (בעיקר תזונה) והן בתחום ההורות. עוצמת השינוי משתנה בין משתתפי למשתתפי, אך ראוי לציין כי היו משתתפים שדיווחו על שינוי מקיף ועמוק וזקפו את כולו לזכות השתתפותם בסדנה.
- ממצאי הנשירה מהסדנה מלמדים כי ברוב המכריע של המקרים הנשירה נבעה מסיבות אישיות של המשתתפים ולא מסיבות הקשורות לסדנה עצמה.

ב. ניתוח כמותי עבור משתתפי סדנאות ההורים

בסך-הכל נאספו שאלונים מ-64 הורים שהשתתפו בסדנאות ההורים ומלאו את השאלונים בשלושת זמני המדידה. מכיוון שחלק מהמשתתפים לא מלאו את שאלון סוף הסדנא (T2) עקב בעיות טכניות כאלו ואחרות, הוחלט לבצע ניתוח נוסף ע"י השוואת נתוני השאלונים לפני תחילת הסדנא (T1) לנתונים שנאספו כשלושה חודשים לאחר תום ההכשרה (T3) (ללא שאלוני סוף הסדנא). סה"כ התקבלו 89 שאלונים כאלו.

אם כך, כאמור, סה"כ 89 הורים השתתפו בתכנית אפשרי בריא ומלאו את השאלונים בתחילת הסדנא וכשלושה חודשים לאחר הסדנא (T1 ו-T3) ו-64 הורים מלאו את השאלונים בכל שלושת זמני המדידה (T1, T2, ו-T3).

תיאור מאפיינים דמוגרפיים של ההורים משתתפי סדנאות ההורים

בלוח מספר 7 מוצגים מאפייני המשתתפים בסדנאות ההורים. כפי שניתן ללמוד מהמוצג בלוח, גילם הממוצע של המשתתפים הינו 35 שנים, ולמעלה ממחצית מהם בטווח הגילאים 31-40. 92% ממשתתפי סדנאות ההורים היו נשים.

לוח מספר 7- תיאור המאפיינים דמוגרפיים של ההורים משתתפי סדנאות ההורים

משתנה	N=89
גיל	
ממוצע \pm ס.תקן	35.12 \pm 7.23
20-30	13 (26.5%)
31-40	26 (53.1%)
41-50	8 (16.3%)
+51	2 (4.1%)
מגדר	
נקבה	82 (92.1%)
זכר	7 (7.9%)
יישוב	
דימונה	22 (22.5%)
דלית אל כרמל	11 (12.4%)
ירוחם	4 (4.5%)
ירושלים	6 (6.7%)
עוספיא	8 (9.0%)
צפת	24 (27.0%)
קרית ים	9 (10.1%)
רמלה	7 (7.9%)

להיות הורה

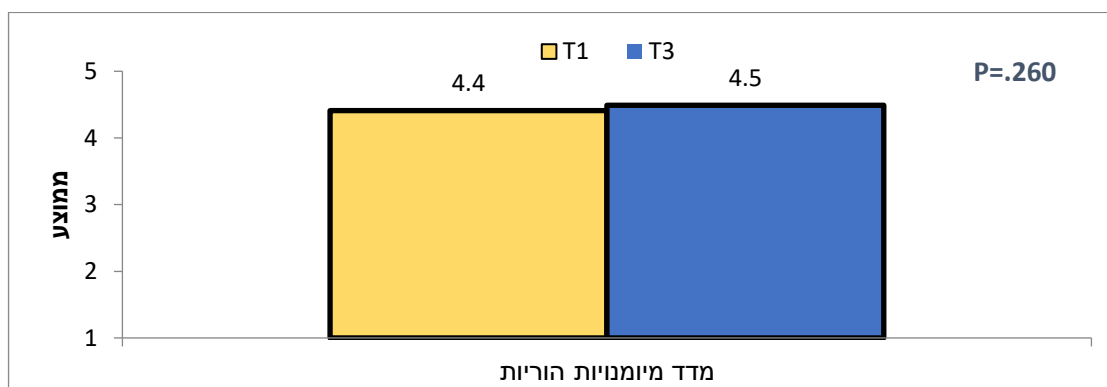
משתתפי סדנאות ההורים נשאלו לגבי עמדותיהם בנושא הורות בתחומים שונים.

מיומנויות ותחושות הוריות. ההורים נשאלו 4 שאלות כאשר התשובות נעות על סולם מ 1 (כלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד) כדוגמת: "לעתים קרובות אני משבחת ומעודדת את ילדיי"; "אני יכולה לשמור על כללים ברורים כהורה".

לצורך ניתוח הנתונים נבנה מדד 'מיומנות הורית' על סמך ממוצע התשובות. רמת המהימנות הפנימית של המדד הינה $\alpha=0.817$ לזמן T1, רמת מהימנות פנימית של המדד הינה $\alpha=0.747$ לזמן T2 ורמת מהימנות פנימית של $\alpha=0.713$ לזמן T3). ככל שערך המדד גבוה כך ההורה דווח על מיומנות הורית גבוהה, כלומר, עלייה בממוצע תלמד על תפיסת שיפור המיומנות ההורית בקרב משתתפי סדנאות ההורים.

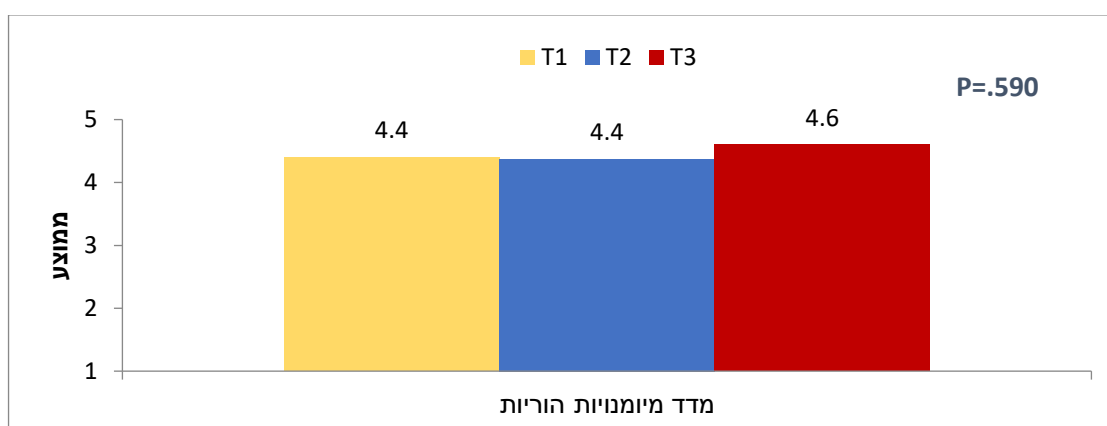
בתרשימים מספר 10 ו-11 מוצגים הממוצעים עבור המדד המשוקלל של מיומנויות ותחושות הוריות (תרשים 10 מתייחס לשני זמני מדידה, ותרשים 11 מציג את כל שלושת זמני המדידה). כפי שניתן ללמוד מהתרשימים, לא נצפתה עלייה מובהקת במדד מיומנות הורית. עם זאת, חשוב לציין שהממוצעים ההתחלתיים היו גבוהים מאוד (4 ומעלה בסולם של 1-5), כך שקשה מאוד לצפות לעלייה מובהקת סטטיסטית.

תרשים 10: ממוצע מיומנות ותחושות הורית בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹



¹ השוואה בין שני זמנים (T3 ו-T1) נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

תרשים 11: ממוצע מיומנות ותחושות הורית בקרב הורים משתתפי הסדנא בשלושת שלבי המחקר¹

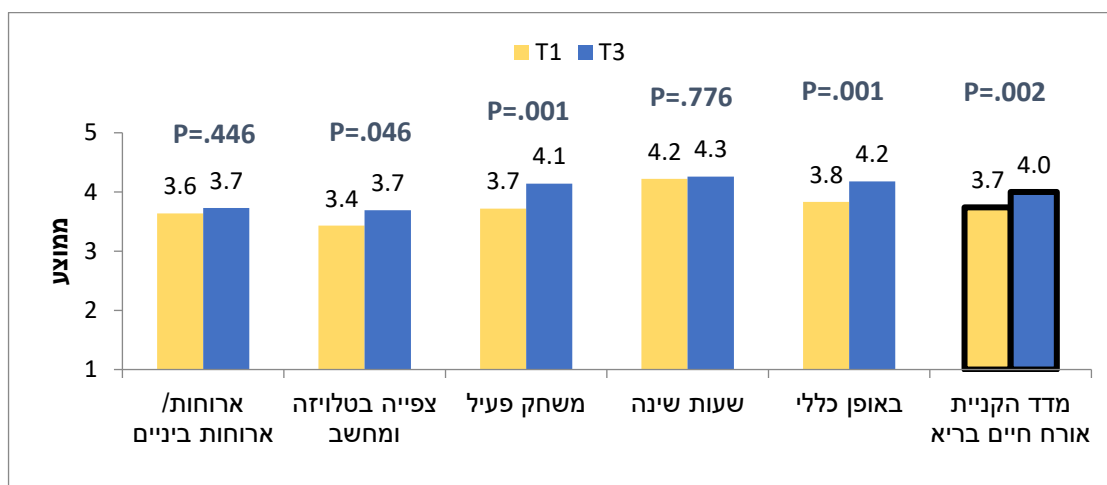


¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחן באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני.

מיומנות בהקניית אורח חיים בריא לילדים. ההורים נשאלו 5 שאלות כאשר התשובות נעות על סולם מ 1 (כלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד). לצורך ניתוח הנתונים נבנה מדד ע"י ממוצע התשובות. רמת מהימנות פנימית של המדד הינה טובה ($\alpha=0.810$ לזמן T1, $\alpha=0.734$ לזמן T2 ורמת מהימנות פנימית של $\alpha=0.757$ לזמן T3). ככל שערך המדד גבוה כך ההורה דווח על הקניית אורח חיים בריא ברמה גבוהה בתחומים שונים.

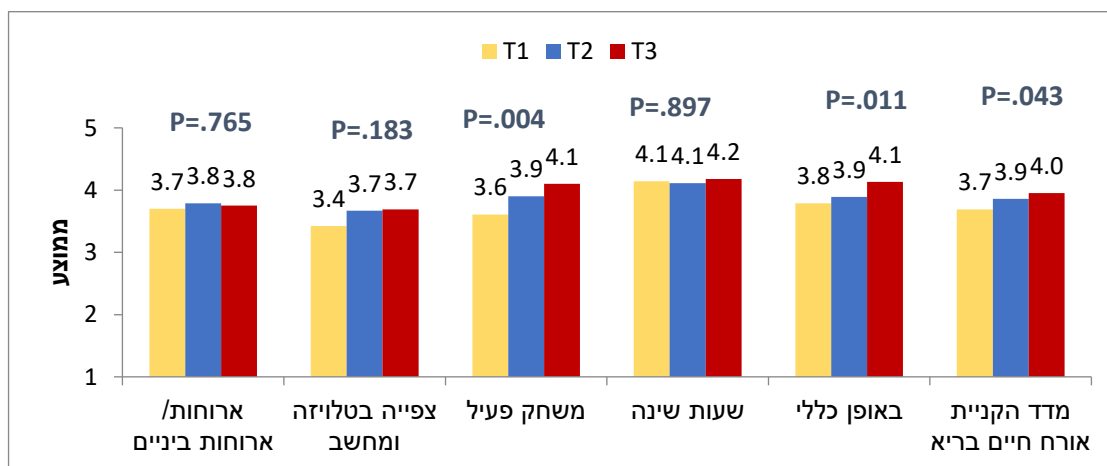
כפי שניתן ללמוד מהמוצג בתרשימים מספר 12 ו-13, נמדדה עלייה מובהקת במידה בה ההורים מרגישים שיש להם מיומנויות הוריות בעידוד משחק פעיל ($F_{(2,100)}=5.77$ $P=0.004$) וכן מיומנויות הוריות לעידוד אורח חיים בריא באופן כללי ($F_{(2,104)}=4.70$ $P=0.011$). בנוסף, נצפתה עלייה מובהקת במדד המשוקלל 'הקניית אורח חיים בריא' ($F_{(2,118)}=3.24$ $P=0.043$). עם זאת, לא נמדדה עלייה במיומנות ההורית בנושא ארוחות/ארוחות ביניים וכן בנוגע לשעות שינה. חשוב לציין שההבדלים שנמדדו נמצאו מובהקים בהשוואה בין המדידה שבוצעה לפני ההשתתפות בתכנית, ובין המדידה שבוצעה 3 חודשים לאחר סיומה. משמעות ממצא זה, כי נשאר לאורך הזמן, ולא דעכו שבועות ספורים לאחר סיום התוכנית (כפי שניתן לעיתים לראות בתוכניות אחרות).

תרשים 12: ממוצע מיומנות הורית בתחום של הקניית אורח חיים בריא בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹ השוואה בין שני זמנים (T1 ו-T3) נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

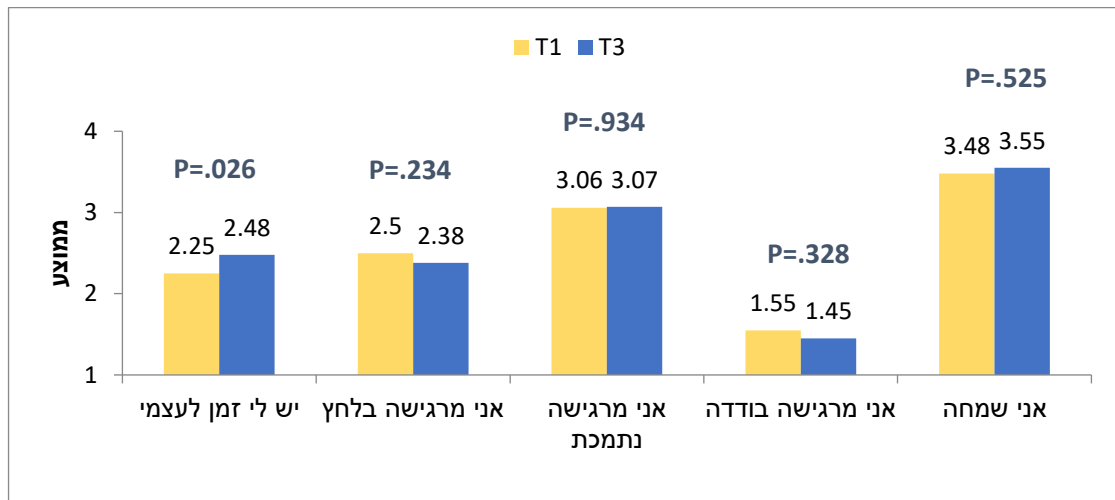
תרשים 13: ממוצע מיומנות הורית בתחום של הקניית אורח חיים בריא בקרב הורים משתתפי הסדנא בשלושת שלבי המחקר¹ n=64



¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. כל ההבדלים המובהקים נמצאו רק בין T1 לבין T3.

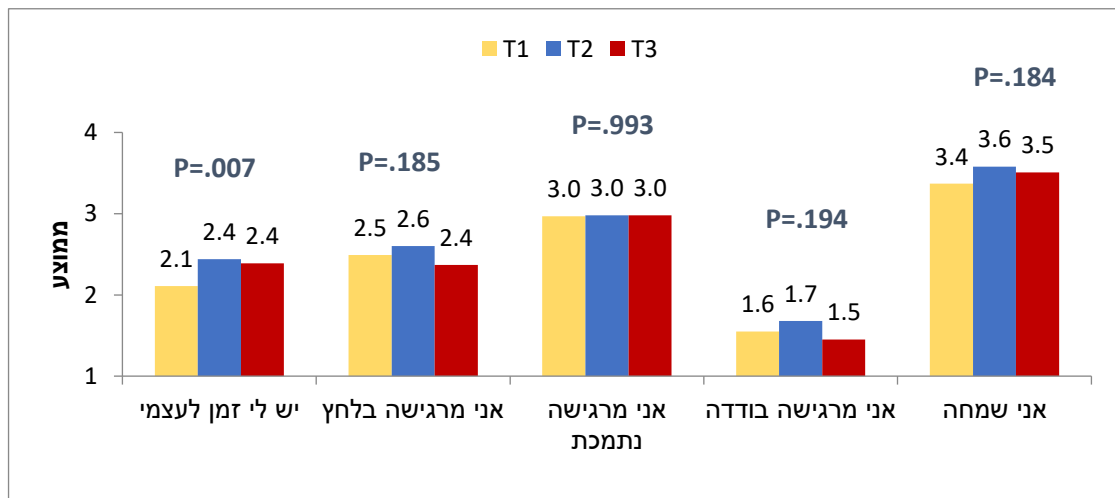
רווחה הורית ותחושות אישיות. ההורים נשאלו 5 שאלות כאשר התשובות נעות על סולם מ 1 (אף פעם/לעיתים נדירות) ועד 4 (לעיתים קרובות מאוד). כפי שניתן ללמוד מהמוצג בתרשימים מספר 14 ו-15 נמדדה עלייה מובהקת בדיווח ההורים רק ביחס להיגד כי יש לי זמן לעצמי ($F_{(2,122)}=5.10$ $P=0.007$). לא נמדד מובהק שינוי בתחושת הלחץ, בתחושת התמיכה, בתחושת הבדידות ובתחושת השמחה.

תרשים 14: ממוצע עמדות בנושא טיפול עצמי ותחושות אישיות בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹ השוואה בין שני זמנים (T1 ו-T3) נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

תרשים 15: ממוצע עמדות בנושא טיפול עצמי ותחושות אישיות בקרב הורים משתתפי הסדנא בשלושת שלבי המחקר¹ n=64



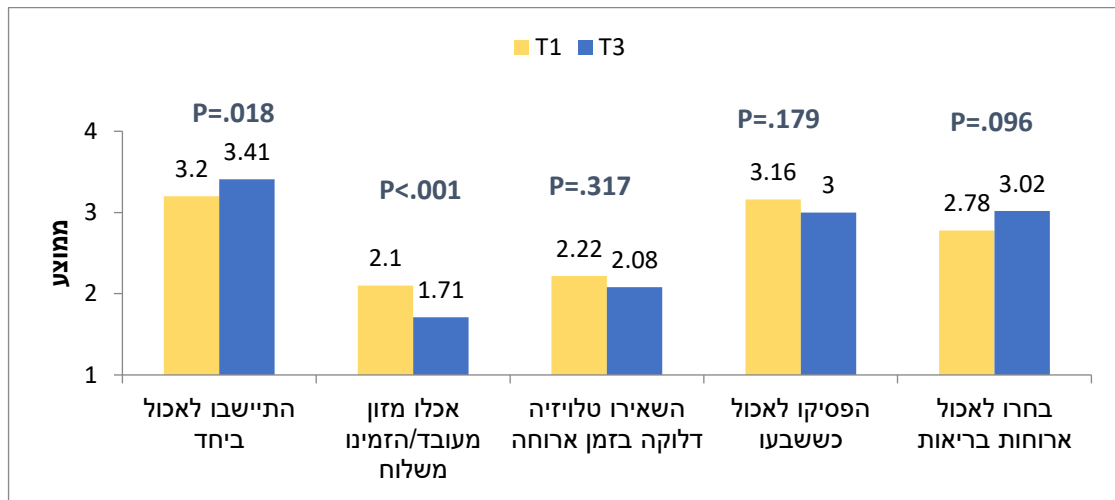
¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדל המובהק נמצאו רק בין T1 לבין T2.

איך בני המשפחה שלך אוכלים

בחלק זה של השאלון נשאלו ההורים לגבי הרגלי האכילה של בני המשפחה על פי התחומים הבאים:

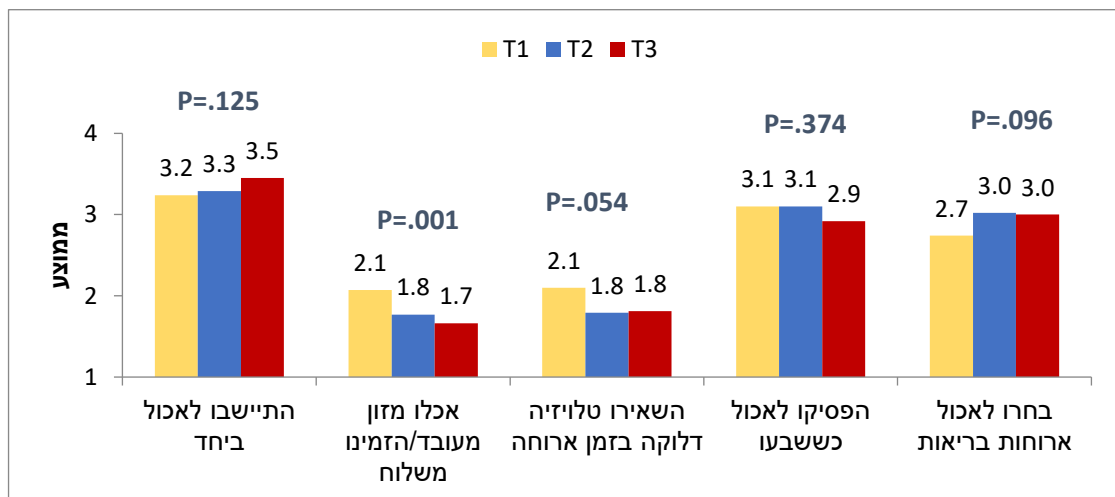
סגנון אכילה. ההורים נשאלו 5 שאלות כאשר התשובות נעות על סולם מ 1 (אף פעם/לעיתים נדירות) ועד 4 (לעיתים קרובות מאוד). בתרשימים מספר 16 ו-17 מוצג דיווחם של ההורים בנוגע להרגלי האכילה של בני המשפחה. כפי שניתן ללמוד מהתרשים, נמדדה ירידה מובהקת סטטיסטית באכילת מזון מעובד או הזמנת אוכל במשלוח ($F_{(2,120)}=7.24$ $P=0.001$). עלייה בתדירות אכילה משותפת ("התיישבו לאכול ביחד") נמצאה מובהקת בבחינת ההבדלים בין שני זמני איסוף הנתונים, אך לא נמצאה מובהקת בהסתכלות על שלושת מועדי איסוף הנתונים.

תרשים 16: ממוצע התנהגות אכילה במסגרת משפחתית בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹ השוואה בין שני זמנים (T1 ו-T3) נבחנה באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

תרשים 17: ממוצע התנהגות אכילה במסגרת משפחתית בקרב הורים משתתפי הסדנא בשלושת שלבי המחקר¹ n=64

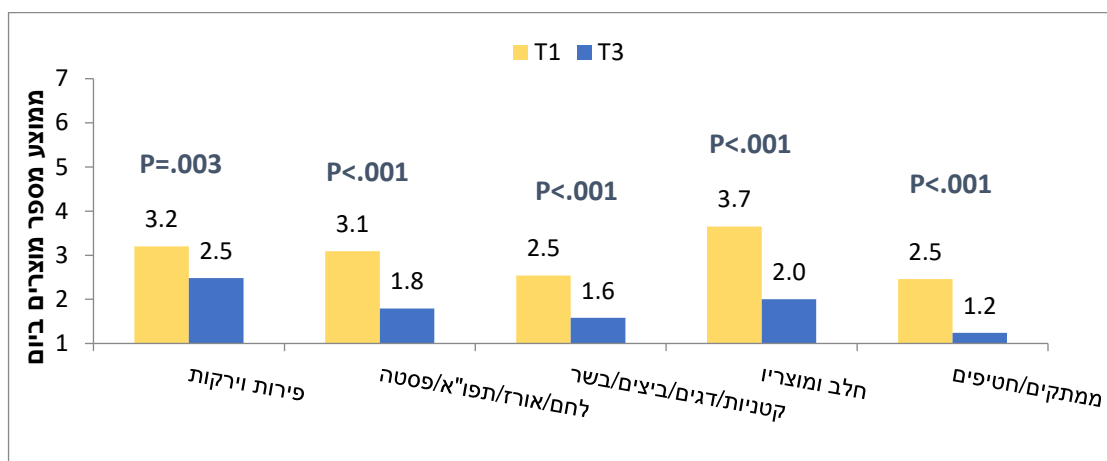


¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדל המובהק נמצא רק בין T1 לבין T3 ובין T1 לבין T2.

סוגי אוכל ההורים נשאלו 5 שאלות הכוללות פרטי מזון שונים שההורה צורך ביום כאשר התשובות נעות על סולם מ 0 (מסמל שכלל לא אוכל מזון זה ביום) ועד 7 (מסמן שההורה אוכל +7 מנות כאלו ביום). ממצאי הניתוח בהשוואת זמני המחקר מוצגים בתרשימים מספר 18 ו-19.

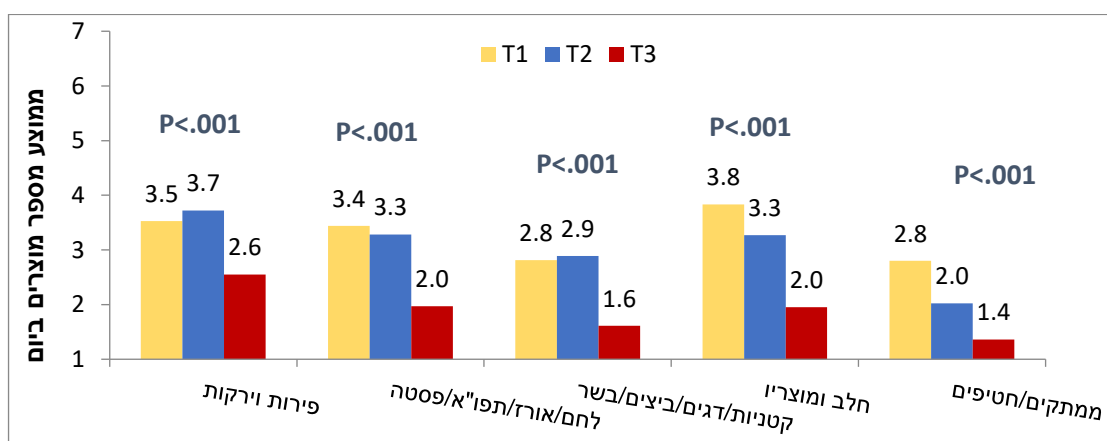
כפי שניתן ללמוד מהתרשימים, ההורים דיווחו על ירידה מובהקת בצריכה של לחם/אורז/תפוח"א/פסטה ($F_{(2,126)}=20.23$ $P<0.001$) וכן ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ($F_{(2,126)}=18.09$ $P<0.001$). עוד עולה כי ההורים צמצמו בצריכת חלב ומוצריו לאחר ההשתתפות בסדנא ($F_{(2,126)}=27.70$ $P<0.001$), וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ($F_{(2,126)}=18.81$ $P<0.001$). מעניין לראות, שיש ירידה כללית מובהקת בכמויות כל מוצרי המזון עליהן ההורים דיווחו.

תרשים 18: ממוצע כמות מזון נצרכת ביממה על ידי ההורה לפי מוצרי מזון שונים בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹ השוואה בין שני זמנים (T1 ו-T3) נבחנה באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

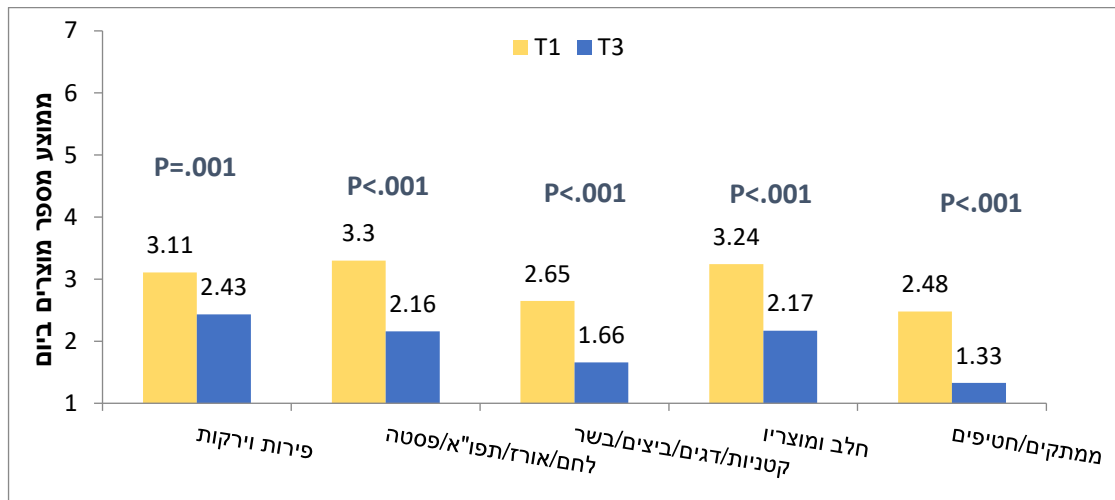
תרשים 19: ממוצע כמות מזון נצרכת ביממה על ידי ההורה לפי מוצרי מזון שונים בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=64



¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדל המובהק נמצא רק בין T1 לבין T3 ובין T2 לבין T3 (לכל המזונות) ובין כל הזמנים נמצא הבדל מובהק בהתייחס לממתקים וחטיפים.

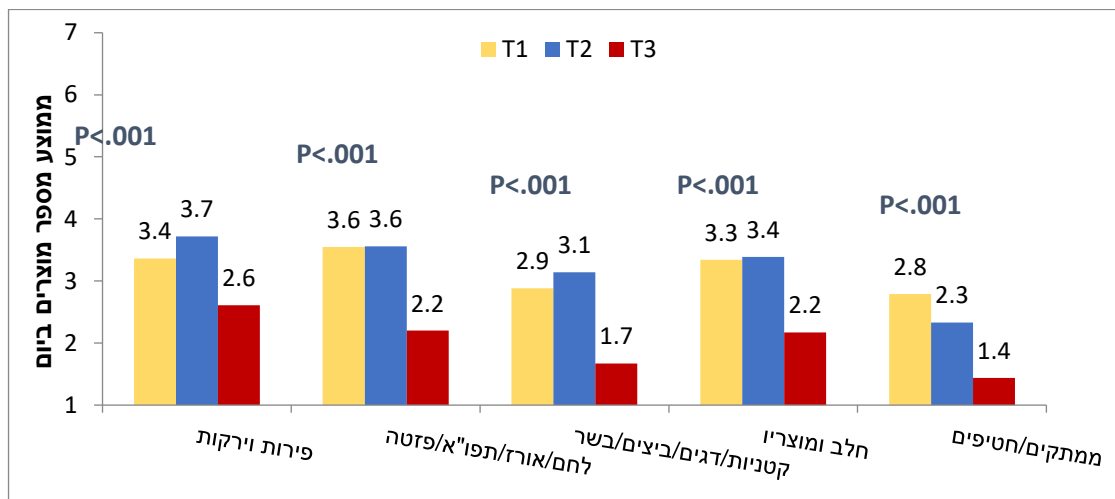
סוגי אוכל בקרב הילדים ההורים נשאלו 5 שאלות הכוללות פרטי מזון שונים שהילדים צורכים ביום כאשר התשובות נעות על סולם מ 0 (מסמל שהילד כלל לא אוכל מזון זה ביום) ועד 7 (מסמן שהילד אוכל +7 מנות כאלו ביום). הממצאים מוצגים בתרשימים מספר 20 ו-21. בהתאם לממצאי צריכת מוצגי המזון בקרב ההורים, גם בדיווחם לגבי ילדיהם, נמדדה ירידה בצריכת לחם/אורז/תפוז/א/פסטה ($F_{(2,126)}=19.85$) כאלו ביום), גם בדיווחם לגבי ילדיהם, נמדדה ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ($F_{(2,126)}=20.98$ $P=0.015$). בנוסף, ההורים דיווחו על צמצום בצריכת חלב ומוצריי בקרב ילדיהם ($F_{(2,126)}=14.09$ $P=0.026$), וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ($F_{(2,124)}=17.72$ $P<0.001$). גם בנוגע לתזונת הילדים ניתן לומר, כי ישנה ירידה מובהקת בצריכת כמויות המזון.

תרשים 20: ממוצע כמות מזון נצרכת ביממה על ידי הילדים לפי מוצרי מזון שונים בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹ השוואה בין שני זמנים (T1 ו-T3) נבחנה באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

תרשים 21: ממוצע כמות מזון נצרכת ביממה על ידי הילדים לפי מוצרי מזון שונים בקרב הורים משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=64

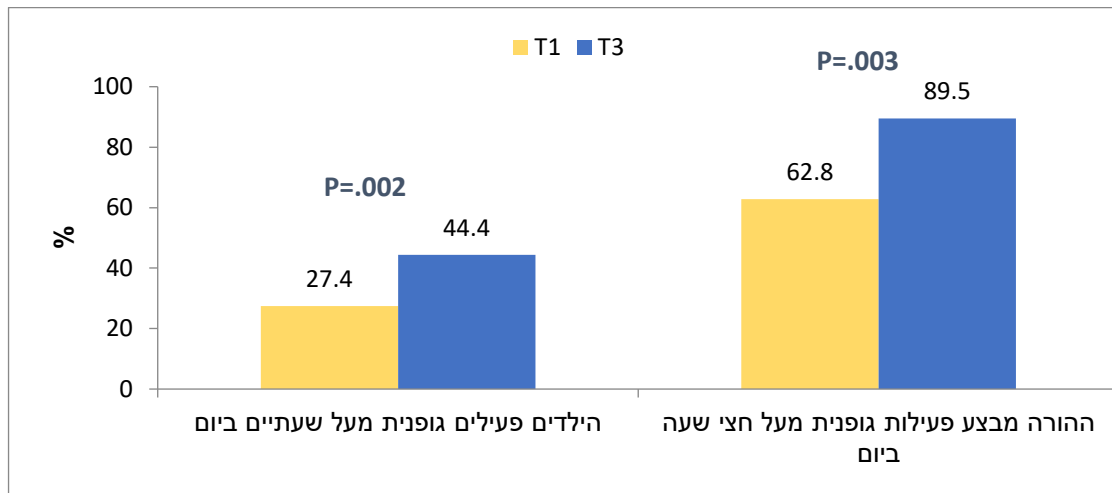


¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדל המובהק נמצא רק בין T1 לבין T3 ובין T2 לבין T3.

פעילות משפחתית

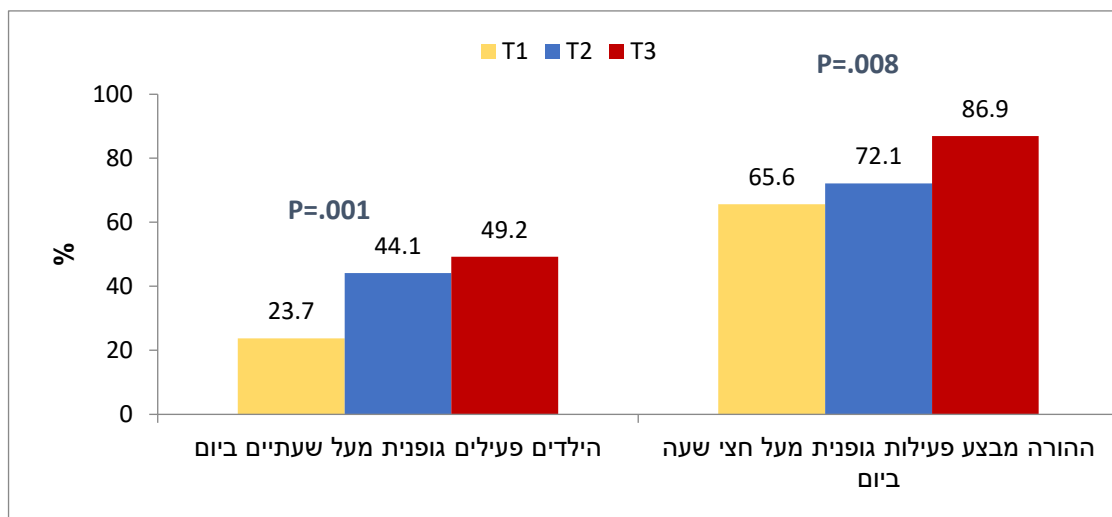
בחלק זה של השאלון נשאלו ההורים לגבי תדירות ביצוע פעילות משותפת של בני המשפחה. ההורים נשאלו לגבי משך הזמן בו ילדם פעילים מבחינה גופנית ומשך הזמן בו ההורה פעיל מבחינה גופנית. תרשימים 22 ו-23 מציגים את התוצאות. השאלות קובצו לשתי קטגוריות (מעל שעתיים לילד ומעל חצי שעה להורה). כפי שניתן ללמוד מהתרשימים, נמדדה עלייה מובהקת סטטיסטית באחוז הילדים הפעילים מעל שעתיים ביום (מ-23.7% ל-44.1% ולאחר מכן ל-49.2%; $F_{(2,116)}=6.93$ $P=0.002$), ועלייה מובהקת סטטיסטית באחוז ההורים המבצעים פעילות גופנית של למעלה מחצי שעה ביום (מ-65.6% ל-72.1% ול-86.9%; $F_{(2,120)}=5.07$ $P=0.003$).

תרשים 22: אחוז המדווחים על ביצוע פעילות גופנית עם הילד ולבד- בקרב משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=89



¹נבחן באמצעות מבחן McNemar.

תרשים 23: אחוז המדווחים על ביצוע פעילות גופנית עם הילד ולבד- בקרב משתתפי הסדנא בשני שלבי המחקר¹ n=64



¹ השוואה בין שלושת הזמנים נבחן באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. בקרב הילדים הבדל המובהק נמצאו רק בין T1 לבין T3 ובין T1 לבין T2. בקרב ההורה הבדל נמצא רק בין זמן T1 ל T3.

בנוסף, נשאלו ההורים שאלה כללית האם לדעתם אורח החיים של בני משפחתם בריא יותר נכון לרגע זה. בשלב הראשון של התוכנית הממוצע שדווח על ידי ההורים היה 5.37 ולאחר התכנית הממוצע היה 7.07 (טווח הציונים האפשרי היה בין 1 'במידה מועטה' ל 10 'במידה רבה מאוד'). ההבדל בין שני הזמנים נמצא מובהק סטטיסטית ($p < .001$). בהשוואה בין שלושת הזמנים נמצא כי הממוצע בשלב הראשון של התכנית היה 5.35 לאחר מכן עלה ל 6.37 וחצי שנה לאחר סיום התכנית עלה ל 7.02. ההבדל נמצא מובהק סטטיסטית אף הוא ($F_{(2,118)} = 26.30$, $p < .001$) (בין הזמנים T1 ו-T3 ובין הזמנים T1 ו-T2).

מסיכום ממצאי סדנאות ההורים ניתן ללמוד, כי לאחר ההשתתפות בסדנא ההורים ומשפחותיהם מדווחים כי צמצמו את כמויות המזון שהם צורכים, בחרו במזון בריא יותר במהלך הארוחות, והעלו את תדירות ביצוע הפעילות הגופנית. עם זאת, לא נמדד שינוי מובהק במיומנויות ההוריות של המשתתפים, ונראה כי

ישנה ירידה בכמויות המזון עליהן מדווחים ההורים, כאשר הירידה נמדדה גם ביחס למזון שאינו בריא (כגון ממתקים או חטיפים), אך גם ביחס לצריכת מזון בריא (כגון ירקות ופירות).

הערכת הסדנא

משתתפי סדנאות ההורים התבקשו לספר על המידה בה הם מרגישים שהשתתפות תרמה להם. מקרב המשתתפים 18% (16 הורים מתוך 89 שענו על השאלה) דווחו שהמליצו להרבה הורים ו 64% (57 הורים) דווחו שהמליצו לכמה מכרים להשתתף בסדנאות ההורים של 'אפשרי בריא משפחתי'. בלוח מספר 8 מוצגת התייחסות ההורים להערכת הסדנא. כפי שניתן ללמוד מהמוצג, מרבית ההורים (68.5%) הרגישו כי הסדנא סייעה להם בהתנהלות היום-יומית עם ילדיהם במידה רבה מאוד, ורבים (87.6%) אף ציינו שתכני ההכשרה סייעו להם לבצע שינוי באורח החיים האישי והמשפחתי במידה רבה מאוד.

לוח מספר 8: אחוז המדווחים על מידת ההערכה כלפי ההכשרה n=89¹

1 כלל לא	2	3	4	5 במידה רבה מאוד	
-	1.1	5.6	6.7	86.5	1. עד כמה את מרגישה שהשתתפותך בהכשרה סייעה לך בהתנהלות היום-יומית עם ילדיך?
2.4	3.6	14.5	31.3	48.2	2. עד כמה תכני ההכשרה היו ברורים ומובנים לך?
-	-	2.2	10.2	87.6	3. עד כמה תכני ההכשרה סייעו לך לבצע שינוי באורח החיים האישי והמשפחתי שלך?
2.4	7.1	19.0	40.5	31.0	4. עד כמה תכני הסדנא הוסיפו לך ידע בנושא תזונה בריאה?

¹ הנתונים מוצגים באחוזים

ניתוח לבחינת אוכלוסיית היעד לתוכנית

על מנת לנסות ולענות על השאלה מי הם ההורים שנתרמים במידה הגדולה ביותר מהשתתפות בסדנאות ההורים, בוצע תחילה ניתוח לבחינת הקשרים בין משתנים המחקרים השונים (קורלציות). ממצאי הניתוח זה מלמדים, כי עמדה חיובית כלפי אורח חיים בריא (שאלה כללית שנעה מ 1 עד 10) נמצאה בקשר חיובי עם מדד המיומנות ההורית וכן עם מדד הקניית אורח חיים בריא. ניתן לומר, כי ככל שההורה דווח על מיומנות הורית והקניית אורח חיים בריא טובים יותר, כך הוא גם דיווח על אורח חיים בריא יותר בקרב בני משפחתו.

לוח מספר 9: בחינת מתאמים (קורלציות) בין משתני המחקר

	8	7	6	5	4	3	2	1	
1.								----	מיומנויות הוריות (זמן 1)
2.							0.386*		מיומנויות הוריות (זמן 2)
3.							0.076	0.304*	מיומנויות הוריות (זמן 3)
4.						0.361*	0.489*	0.490*	הקניית אורח חיים בריא לילדים (זמן 1)
5.					0.381*	-0.055	0.377*	0.160	הקניית אורח חיים בריא לילדים (זמן 2)
6.				0.107	0.467*	0.664*	0.156	0.059	הקניית אורח חיים בריא לילדים (זמן 3)
7.			0.100	0.312*	0.290*	0.016	0.299*	0.100	דיווח עצמי על אורח חיים משפחתי בריא (זמן 1)
8.		0.312*	0.143	0.205	0.277*	-0.018	0.307*	-0.016	דיווח עצמי על אורח חיים משפחתי בריא (זמן 2)
9.	0.203	0.396*	0.163	0.624*	0.236*	0.092	0.311*	0.168	דיווח עצמי על אורח חיים משפחתי בריא (זמן 3)

*P<0.05

לאור החשיבות של המיומנויות ההוריות, ומכיוון שממצאי הניתוח שהוצג לעיל מלמדים, כי ממוצעי המיומנות ההורים המדווחים בקרב ההורים היו גבוהים מלכתחילה, הוחלט לבצע ניתוח לבחינת ההבדל בשיפור במשתני המחקר המרכזיים בין הורים שהוגדרו כבעלי מיומנות הורית נמוכה בנקודת ההתחלה (עד אחוזון 25) לבין שאר ההורים. ממצאי השוואה זו מלמדים, כי הורים עם מיומנות הורית נמוכה (25% ההורים בעלי ציוני המיומנות ההורית הנמוכים ביותר) הם אלו שהיה להם את השיפור הגבוה יותר במיומנות ההורית ובמדד הקניית אורח חיים בריא לאחר ההשתתפות בסדנאות. ממצאים אלו עשויים להצביע על קהל היעד שעשוי להיתרם במידה הרבה ביותר מהשתתפות בסדנאות ההורים, ולפיהם, איתור ההורים בעלי המיומנות ההורית הנמוכה והכוונת הסדנאות לאוכלוסייה זו, יכולה להעלות את יעילות התוכנית בקרב ההורים.

6.3 ממצאי סקר שבוצע בקרב אימהות שביקרו בטיפות חלב באזור ירושלים

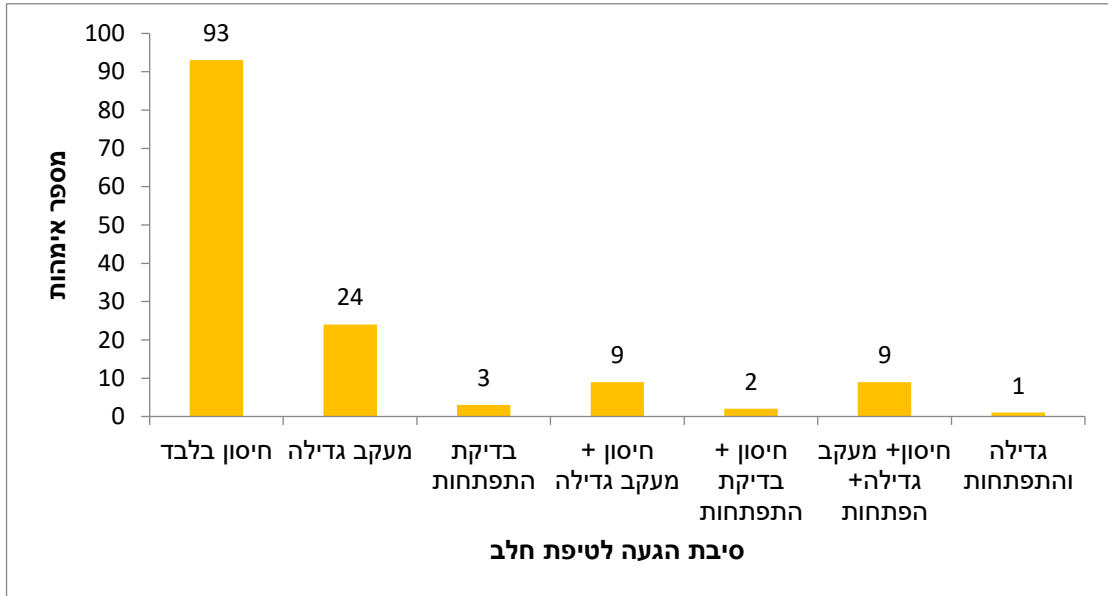
לאורך הפיילוט, הוחלט להכיל מתווה שונה בירושלים, במסגרתו כל אחיות טיפת חלב בעיר יעברו את הכשרת הליבה של התוכנית. על מנת לנסות ולהעריך צעד זה, מעבר להערכת הכשרות הליבה עצמן, הוחלט לבצע סקר אקראי בתחנות טיפת חלב בשתי נקודות זמן (לפני השתתפות האחיות בהכשרה ולאחריה), על מנת לנסות וללמוד האם חל שינוי בתחושת האימהות, לאחר שהאחיות שמטפלות בהן השתתפו בהכשרת הליבה של התוכנית.

בשלב T0 סה"כ השתתפו במחקר 103 אימהות לעומת שלב T1 בו השתתפו 109 שביקרו בטיפות חלב. ממוצע גילאי המשיבות בשלב T0 הינו 31.6 שנים ובשלב T1 31.65 שנים, הרוב המכריע בשלב T0 ובשלב T1 בהתאמה נשואות (97.1% ו-94.5%), ולמרביתן שני ילדים ומעלה. כמעט מחצית מהמשיבות בשלב T0 (49.5%) ויותר ממחצית מהמשיבות בשלב T1 (60.6%) הינן בעלות תואר אקדמי.

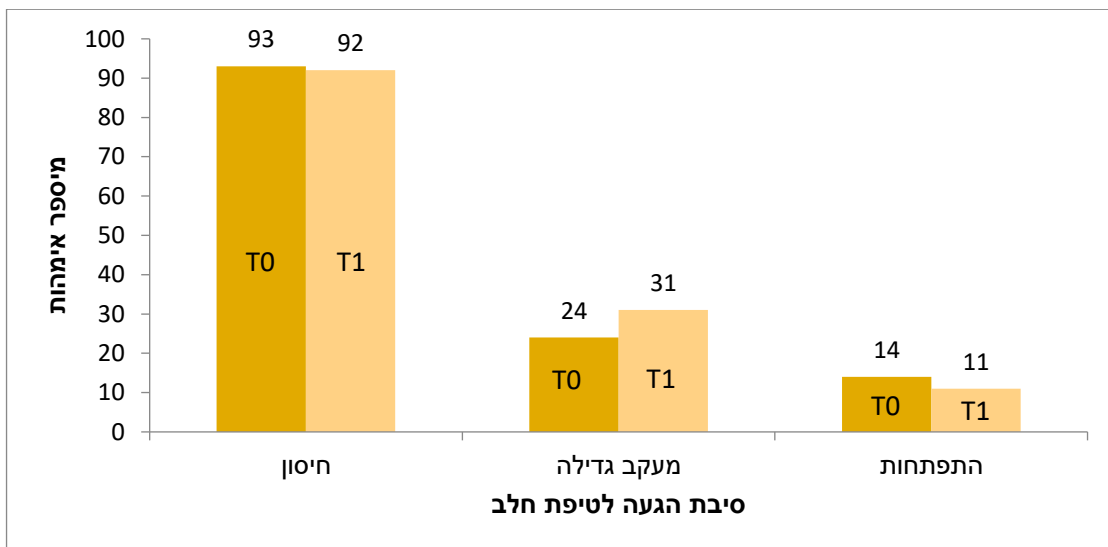
סיבות ומאפייני הגעה לטיפת חלב

מקרב כלל האימהות שהגיעו לטיפת חלב, בזמן T0 ו בזמן T1 בהתאמה, 55 ו - 69 אימהות הגיעו לטיפת חלב עם ילד מתחת לגיל שנה, ו- 48 (T0) – 40 (T1) אימהות הגיעו לטיפת חלב עם ילד מעל גיל שנה. כפי שניתן ללמוד מתרשימים 19 ו-20, מרבית האימהות הגיעו לטיפת חלב לצורך קבלת חיסון.

תרשים 24: תיאור סיבת הגעה לטיפת חלב



תרשים 25: תיאור סיבת הגעה לטיפת חלב מקובץ



מבדיקות שביעות הרצון של האימהות עולה, כי מרבית האימהות היו שבעות רצון מההיבטים השונים בביקור אצל האחיות. מניתוח ממצאי הסקר עולה, כי 53.4% מהאימהות היו שבעות רצון במידה רבה מאוד מיחס האחיות ו-28.1% היו שבעות רצון במידה רבה. 48.5% מהאימהות דיווחו כי תגובות האחיות התאימו לצרכים שלהן במידה רבה מאוד. למעלה ממחצית מהאימהות (52.4%) דיווחו כי הן מרגישות שלאחות

אכפת מהן במידה רבה מאוד ו-46.6% דיווחו כי הן מרגישות במידה רבה מאוד כי האחות פנויה עבורן. 47.6% מהאימהות דיווחו כי הן מרגישות במידה רבה מאוד כי הן יכולות לדבר בפתיחות עם האחות.

בהשוואת הממצאים לפני ואחרי שאחיות טיפת החלב השתתפו בהכשרת הליבה, לא נמדד הבדל באף אחד מהמדדים שנבדקו: תחושת נוחות להתייעץ עם האחות, המידה בה האחות דיברה עם האם על נושאים הקשורים להורות, התנהגות הילד, שינה או המצב הרגשי של הילד. בנוסף, לא נמדד הבדל בתחושת הביטחון בהורות של האימהות.

כמו כן, לא נמדד הבדל בשביעות הרצון: מיחסה של האחות, מתגובותיה של האחות, ממידת האכפתיות של האחות וכן בתחושת הפתיחות.

ההבדל היחיד שנצפה בקרב האימהות, לאחר השתתפותן של אחיות טיפת חלב הכשרת הליבה, הינו במידה בה האחות שוחחה עם האימהות על נושאי תזונה. 78.6% מהאימהות דיווחו כי האחות שוחחה איתן במהלך פגישתן על תזונת הילד לפני השתתפותן של האחות בהכשרת הליבה, בהשוואה ל- 88.8% מהאימהות שדיווחו כך לאחר השתתפותן של האימהות בהכשרת הליבה ($P=0.035$).

7. סיכום ממצאי המחקר ודיון בממצאים

סיכום ממצאי הערכת הכשרת הליבה

לסיכום ממצאי הכשרת הליבה, ניכר כי הכשרת הליבה תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון והידע. לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים יותר באופן מובהק כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר.

עם זאת, לא נמצא הבדל במידה בה אנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים וכן לא נמצא שינוי במידה בה אנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים לתת למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא.

עוד ניתן ללמוד מניתוח הממצאים, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה חלו שינויים חיוביים גם בהיבטים הקשורים לאורח החיים האישי של משתתפי הכשרת הליבה. מניתוח הממצאים עולה, כי לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה ישנה עלייה מובהקת באחוז המדווחים כי מקדישים למעלה מ-5 שעות שבועיות לפעילות גופנית, וכן עלייה מובהקת באחוז המדווחים כי הם מוצאים זמן להירגעות לפחות פעם בשבוע. בנוסף, נמדדה ירידה מובהקת בצפייה היומית במסכים לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה. עוד נמצא, כי לאחר ההשתתפות בהכשרה ישנה ירידה מובהקת בצריכת חטיפים, ממתקים ומשקאות ממתקים, וכן עלייה בשתיית מים. בהמשך, לאחר ההשתתפות עלה גם הדיווח על אכילת ארוחת בוקר בקרב משתתפי הכשרה.

בכל הנוגע לאורח החיים המשפחתי והמיומנויות ההוריות של המשתתפים, ניכר כי השתתפות בהכשרת הליבה לא תרמה לעליית ההורות הסמכותית בקרב המשתתפים. עם זאת, ניכר כי חל שינוי לטובה בהרגלים המשפחתיים כך שעלה באופן מובהק אחוז ההורים המדווחים על הגבלת ילדיהם בצפייה בטלוויזיה (עד 3 שעות ביום), וכן אחוז המדווחים כי ירקות משולבים בארוחות בביתם באופן יום-יומי.

ממצאי הערכת הכשרת הליבה מלמדים, כי הכשרה זו עומדת במרבית מטרותיה. ניכר, כי ההשתתפות בהכשרת הליבה תורמת גם לשיפור באורח החיים האישי והמשפחתי של המשתתפים, וגם ל"אני מאמין"

המקצועי שלהם בעבודתם עם הורים. עם זאת, אחת ממטרות ההכשרה – שינוי עמדות בקשר ליכולת המטופלים להוביל ולנהל אורח חיים בריא בכוחות עצמם, לא הושגה לאור ממצאי המחקר הנוכחי.

סיכום ממצאי הערכת סדנאות ההורים

אחת ממטרותיה של הכשרת ההורים היא העלאת מיומנויות ההורות בקרב המשתתפים. ממצאי ההערכה מלמדים, כי לא חל שינוי במדד זה לאחר ההשתתפות בהכשרות. עם זאת, חשוב להדגיש כי ממוצע המיומנויות ההוריות המדווח בקרב משתתפי הסדנאות הינו גבוה מאוד (למעלה מ-4 בכל אחד מהמדדים בסולם של 1-5). ייתכן שכלי המדידה אינו מדויק בהתאמתו למדידת משתנים אלו, וכן ייתכן שההורים המגיעים לסדנאות ההורים הינם אלו בעלי המודעות הגבוהה יותר, שמשקיעים זמן ומעוניינים מראש לפתח את כישורי ההורות שלהם. כאשר בוצע ניתוח לבחינת תרומת הסדנאות להורים בעלי המיומנות ההורית הנמוכה יותר, נמצא כי אכן התרומה לתת קבוצה זו רבה יותר, ולפיכך יש למקד את המאמצים בגיוס הורים אלו לסדנאות.

בכל הנוגע לאורח החיים של משתתפי סדנאות ההורים, ממצאי ההערכה מלמדים, כי חלה ירידה מובהקת בדיווח על אכילת מזון מעובד או הזמנת אוכל במשלוח, וכן עלייה מובהקת בבחירת המשפחה לאכול ביחד ארוחות משותפות. עוד מדווחים ההורים, כי לאחר ההשתתפות בסדנא משפחתם פעילה יותר גופנית – נמדדה עלייה מובהקת באחוז ההורים המדווחים על ביצוע פעילות גופנית למעלה מחצי שעה ביום, וכן עלייה באחוז הילדים הפעילים גופנית למעלה משעתיים ביום.

הממצאים האיכותניים מחזקים את הממצאים הכמותיים הנ"ל ולפיהם הורים שהשתתפו בסדנה מדווחים על שיפור בתזונה ובאורח חיים בריא, כגון: בדיקת רכיבי מזון לפני קנייתו, קניית מזון בריא יותר מבעבר, תכנון הארוחות והקפדה על פעילות גופנית. בנוסף, ישנם הורים שמדווחים על שיפור התקשורת הבין-אישית עם הילדים ועל שיפור האווירה בבית.

בחינת ממצאי מחקר ההערכה לאור שאלות המחקר המרכזיות:

1. האם התכנית פועלת בצורה יעילה ברמה הארצית וברמה היישובית ובממשק ביניהן באופן התורם להשגת יעדיה?

מניתוח ממצאי המחקר האיכותני עולים החסמים ביחס לנקודה זו. ביצוע הכשרות הליבה לאנשי המקצוע והסדנאות להורים היה מצומצם למדי בהתחשב בפרק הזמן בו פעלה תכנית הפיילוט. בתקופה של כ- 3.5 שנים בהן התקיימה התכנית בוצעו 23 הכשרות ליבה לאנשי מקצוע בהן הוכשרו כ- 400 אנשי מקצוע בלבד. בממוצע ליישוב, מדובר על כ- 2 הכשרות ליבה ליישוב בלבד. באותה תקופה בוצעו 27 סדנאות הורים בהן השתתפו כ- 270 הורים בלבד. בממוצע ליישוב מדובר על 3 סדנאות הורים ליישוב בלבד. יחסית, מספר סדנאות ההורים שהתקיימו נמוך יחסית למספר המנחים שהוכשרו, נראה שרוב המנחים שהוכשרו לא הנחו סדנאות להורים כפי שהיה מתוכנן. הניסיון להבין מדוע הביצוע של ההכשרות בתכנית היה כה מצומצם מלמד על קיומם של גורמים מערכתיים ויישוביים שתרמו לכך, וביניהם:

גורמים מערכתיים - תקשורת לקויה בין השותפים ברמה הארצית, רכיבים בתכנית שלא הותאמו מאנגליה לישראל והיעדר גמישות בהפעלת התכנית (צמצום משך המפגשים או מספר המפגשים).

גורמים יישוביים – ניסיון מועט בשיתוף פעולה בין הרשויות המקומיות למשרד הבריאות, קדימות נמוכה לתכנית ביישוב, עבודת צוות יישובית לא מספיק שיטתית ומוגדרת, היעדר דמות מתוקצבת המרכזת את

העשייה של התכנית ביישוב וקושי בגיוס הורים לתכנית, שנבע בעיקר משיווק וגיוס לא יעילים, מבנה סדנה לא מותאם לחלק מההורים והיעדר העסקה של הילדים במקביל לסדנת ההורים, כנהוג בתכנית באנגליה. לאור זאת ניתן לסכם ולומר, כי בפורמט הפיילוט הנוכחי, שנבחן במחקר זה, התוכנית לא פעלה באופן יעיל ברמה הארצית וברמה היישובית.

2. האם אנשי המקצוע ביישובים מקבלים בהכשרות ובליוי של התכנית כלים לעבודה עם הורים?

מניתוח ממצאי הכשרת הליבה ניתן ללמוד כי התשובה לשאלה היא על פי רוב חיובית. מניתוח הראיונות האיכותניים עולה, כי מרבית המשתתפים בהכשרות הביעו שביעות רצון גבוהה מהתכנים. עם זאת, עלו בראיונות גם טענות בנוגע למידת ישימותם של התכנים שהועברו. אומנם לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה, לא נמצאה עלייה במידה בה אנשי המקצוע הרגישו מועילים יותר בעבודה עם ההורים, אך ניכר כי תחושת המומחיות שלהם ורמת הידע הנתפסת שלהם עלתה לאחר ההשתתפות בהכשרות. מהממצאים שעלו ניתן להסיק (בזהירות) כי ייתכן שהשתתפות בהכשרת הליבה תרמה לעיצוב עמדות וידע בקרב אנשי המקצוע (שגם הובילו לשינוי אורח חיים אישי ומשפחתי), אך ייתכן שהצפייה שהדברים יופנמו ויועברו הלאה בטווח זמן קצר לקהל ההורים הייתה מוקדמת. ייתכן שדרושה עבודה מעמיקה יותר עם אנשי המקצוע לפני שאלו ירגישו מועילים יותר בעבודתם מול ההורים, ויוכלו להרגיש מספיק בטוחים בעמדתם, כך שיאפשרו למטופליהם לקחת אחריות ויזומה בשינוי אורח חייהם.

3. האם ההורים מקבלים בסדנאות ההורים במסגרת התכנית, כלים הנוגעים בהיבטים של שיפור ההורות וקידום בריאות התורמים להשגת יעדיה?

גם התשובה למטרה זו היא על פי רוב חיובית. אומנם לא נמדד שינוי במיומנויות ההורות של כלל המדגם, אך ניתוח נוסף שבוצע מלמד, כי כן חל שינוי במיומנויות ההורות של קבוצת ההורים בעלת המיומנויות ההורות הנמוכות יותר מקרב המדגם. כמו כן, הממצאים האיכותניים מלמדים על שינוי שצוין על-ידי חלק מההורים, שכולל שיפור התקשורת הבין-אישית עם הילדים ושיפור האווירה בבית.

בנוסף, ממצאי ההערכה מלמדים כי לאחר ההשתתפות בסדנאות, נמדדה עלייה מובהקת במדד "הקניית אורח חיים בריא", המלמד כי ההורים בעלי כישורים טובים יותר, לאחר הסדנה, להקניית אורח חיים בריא בקרב בני משפחתם. בנוסף, ניכר כי הרגלי האכילה (אכילת ארוחות משותפות) וכן התזונה עצמה (אוכל מעובד, צריכת ממתקים וחטיפים) השתנו לטובה לאחר השתתפות ההורים בסדנאות. כמו כן, הממצאים האיכותניים מלמדים גם הם על שינוי חיובי באורח החיים של ההורים שהשתתפו בסדנאות.

4. האם חל שיפור בתזונה ובהרגלי האכילה של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שמשתתפים בתכנית?

בהמשך לתשובה לשאלות המחקר הקודמות, אכן חל שינוי לטובה בתזונה ובהרגלי האכילה של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שמשתתפים בתוכנית.

5. האם חל שיפור ברמת הפעילות הגופנית ו/או המשחק הפעיל של הילדים, המשפחות ואנשי המקצוע שמשתתפים בתכנית?

כן. ממצאי המחקר מלמדים כי חל שינוי מובהק לטובה בביצוע פעילות גופנית הן בקרב הילדים (מעל שעתיים ביום) הן בקרב ההורים (למעלה מחצי שעה ביום), והן בקרב אנשי המקצוע (למעלה מחמש שעות שבועיות לפעילות גופנית).

ממצאי המחקר הנוכחי בכל הנוגע לשינוי אורח החיים וההרגלים המשפחתיים עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרי הערכה שבוצעו לתוכנית Henry במקומות אחרים (כפי שתוארו בסקירת הספרות). עם זאת, ממצאי ההערכה מלמדים כי קיים קושי בהטמעת התוכנית בישראל (בפורמט הפיילוט שנבדק). בתקופת המחקר נערכו מספר מועט של סדנאות הורים, כך ש"תפוצת" התוכנית הייתה בסופו של יום מאוד מצומצמת. צוות המחקר סבור כי יש לבחון את פורמט התוכנית תוך שיקולים של עלות-תועלת, ולמצוא את הדרך היעילה ביותר בהנגשת תכני התוכנית (שהיו ברובם טובים ומועילים). בנוסף, יש להשקיע מחשבה באיתור אוכלוסיית היעד המתאימה לתוכנית, אוכלוסייה שתרוויח את המירב מההשתתפות בתוכנית זו.

מקורות:

הראל-פיש, י., וולש, ס., בוניאל, מ., דז'אלובסקי א., אמית, ש., טסלר, ר. וחביב, ג. (2011). נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2010) וניתוח מגמות בין השנים 1994-2010. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה.

Arcan, C., Hannan, P. J., Himes, J. H., Fulkerson, J. A., Rock, B. H., Smyth, M., & Story, M. (2013). Intervention effects on kindergarten and first-grade teachers' classroom food practices and food-related beliefs in American Indian reservation schools. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(8), 1076-1083.

Au N. (2012) The health care cost implications of overweight and obesity during childhood. *Health Serv Res* 47(2): 655–76.

Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. (2005) Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ* 331(7522): 929.

Barton, M. (2012). Childhood obesity: a life-long health risk. *Acta Pharmacologica Sinica*, 33, 189–193.

Bergmeier, H., Skouteris, H., & Hetherington, M. (2015). Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years. *The American journal of clinical nutrition*, 101(1), 7-15.

Bleich, S. N., Vercammen, K. A., Zatz, L. Y., Frelief, J. M., Ebbeling, C. B., & Peeters, A. (2018). Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(4), 332-346.

Brown R, Willis TA, Hunt C, Rudolf MCJ, (2011). HENRY: Long Term Impact of a Programme to Prevent Childhood Obesity. Yorkshire & Humber Academic Presentation day 2011

Bryant, M., Burton, W., Collinson, M., Hartley, S., Tubeuf, S., Roberts, K., ... & Farrin, A. J. (2018). Cluster randomised controlled feasibility study of HENRY: a community-based intervention aimed at reducing obesity rates in preschool children. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1), 118.

Bryant, M., Burton, W., Cundill, B., Farrin, A. J., Nixon, J., Stevens, J., ... & Tubeuf, S. (2017). Effectiveness of an implementation optimisation intervention aimed at increasing parent engagement in HENRY, a childhood obesity prevention programme-the Optimising Family Engagement in HENRY (OFTEN) trial: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *18*(1), 40.

Burdette, H. L., & Whitaker, R. C. (2005). Resurrecting free play in young children: looking beyond fitness and fatness to attention, affiliation, and affect. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *159*(1), 46-50.

Caton SJ, Ahern SM, Hetherington MM. Vegetables by stealth. An exploratory study investigating the introduction of vegetables in the weaning period. *Appetite* 2011; *57*: 816–825.

Centers for Disease Control Prevention. *Make a Difference at Your School*. Chronic Disease. Paper 31. (2013). <http://digitalcommons.hsc.unt.edu/disease/31>

Chen, Y. H., Yeh, C. Y., Lai, Y. M., Shyu, M. L., Huang, K. C., & Chiou, H. Y. (2010). Significant effects of implementation of health-promoting schools on schoolteachers' nutrition knowledge and dietary intake in Taiwan. *Public health nutrition*, *13*(04), 579-588.

Cruz, T. H., Davis, S. M., Myers, O. B., O'Donald, E. R., Sanders, S. G., & Sheche, J. N. (2016). Effects of an obesity prevention intervention on physical activity among preschool children: the CHILE study. *Health promotion practice*, *17*(5), 693-701.

Davis H, Day C. *Working in Partnership with Parents*, 2nd edn. Pearson: London, 2010.

Dennison BA, Russo TJ, Burdick PA, Jenkins PL. (2004) An intervention to reduce television viewing by preschool children. *Arch Pediatr Adolesc Med* *158*(2): 170–6.

Department of Health. (2009) National Child Measurement Programme: UK, 2008/2009 School Year. Available at http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/ncmp/ncmp0809/NCMP_England_2008_09_school_year_report_2.pdf (accessed on 3 October 2011).

Edmunds LD. (2005) Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Pract* *22*(3): 287–92.

- Erinosho, T. O., Ball, S. C., Hanson, P. P., Vaughn, A. E., & Ward, D. S. (2013). Assessing foods offered to children at child-care centers using the Healthy Eating Index-2005. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *113*(8), 1084-1089.
- Fisher, A., Reilly, J. J., Kelly, L. A., et al. (2005). Fundamental movement skills and habitual physical activity in young children. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, *37*, 684–688.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, *36*, 1019–1030
- Harper LV, Sanders KM. The effects of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *J Exp Child Psychol* 1975; 20: 206–214.
- Harvey-Berino J, Rourke J. (2003) Obesity prevention in preschool native-american children: a pilot study using home visiting. *Obes Res* 11(5): 606–11.
- Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., ... & Ahluwalia, N. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International journal of public health*, *54*(2), 167-179.
- Hunt, C., & George, J. (2013). Preventing child obesity: a long-term evaluation of the HENRY approach. *Community Practitioner*, *86*(7), 23.
- Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS et al. (2011) Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *New Engl J Med* 365(20): 1876–85.
- Kubik, M. Y., Lytle, L. A., Hannan, P. J., Story, M., & Perry, C. L. (2002). Food-Related Beliefs, Eating Behavior, and Classroom Food Practices of Middle School Teachers. *Journal of school health*, *72*(8), 339-345.
- Ling, J., Robbins, L. B., & Wen, F. (2016). Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International journal of nursing studies*, *53*, 270-289.
- Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B. E., & Hediger, M. L. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *158*(1), 27-33.

- Matusik, P., & Malecka-Tendera, E. W. A. (2011). Overweight prevention strategies in preschool children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6 (S2), 2-5.
- Moore, V. M., & Davies, M. J. (2005). Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. *Reproduction, Fertility and Development*, 17(3), 341-348.
- Morandi A, Meyre D, Lobbens S, et al. Estimation of newborn risk for child or adolescent obesity: lessons from longitudinal birth cohorts. *PLoS ONE* 2012; 7: e49919.
- National Association for Sport and Physical Education. (2004). *Moving into the Future: National Standards for Physical Education*, 2nd edn. NASPE: Reston, VA.
- Nemet, D., Geva, D., & Eliakim, A. (2011). Health promotion intervention in low socioeconomic kindergarten children. *The Journal of pediatrics*, 158(5), 796-801.
- Nemet, D., Geva, D., Pantanowitz, M., Igarria, N., Meckel, Y., & Eliakim, A. (2013). Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. *BMC pediatrics*, 13(1), 45.
- Nemet, D., Geva, D., Pantanowitz, M., Igarria, N., Meckel, Y., & Eliakim, A. (2011). Health promotion intervention in Arab-Israeli kindergarten children. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 24(11-12), 1001-1007.
- Nemet, D., Geva, D., Pantanowitz, M., Igarria, N., Meckel, Y., & Eliakim, A. (2013). Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. *BMC pediatrics*, 13(1), 45.
- Nemet, D., Perez, S., Reges, O., & Eliakim, A. (2007). Physical activity and nutrition knowledge and preferences in kindergarten children. *International journal of sports medicine*, 28(10), 887-890.
- Norton, D. E., Froelicher, E. S., Waters, C. M., & Carrieri-Kohlman, V. (2003). Parental influence on models of primary prevention of cardiovascular disease in children. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 311-322.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., et al. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010. *JAMA* 307, 483–490.

- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., & Summerbell, C. D. (2009). Cochrane review: Interventions for treating obesity in children. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 4(4), 1571-1729.
- Pate, R. R., Pfeiffer, K. A., Trost, S. G., Ziegler, P. & Dowda, M. (2004). Physical activity among children attending preschools. *Pediatrics*, 114, 1258–1263.
- Pinhas-Hamiel O, Bar-Zvi E, Boyko V et al. (2009). Prevalence of overweight in kindergarten children in the centre of Israel – association with lifestyle habits. *Child Care Health & Development*, 35, 147–152.
- Redsell SA, Atkinson PJ, Nathan D, Siriwardena AN, Swift JA, Glazebrook C. (2011) Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: a mixed methods study of HCPs' knowledge, beliefs and practice. *BMC Family Pract* 12: 54.
- Reilly JJ, Kelly L, Montgomery C et al. (2006) Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 333(7577): 1041.
- Reilly, J. J., Jackson, D. M., Montgomery, C., et al. (2004). Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*, 363, 211–212.
- Roberts, K. (2015). Growing up not out: The HENRY approach to preventing childhood obesity. *British Journal of Obesity*. 1(3): 89-94.
- Rossiter, M., Glanville, T., Taylor, J., & Blum, I. (2007). School food practices of prospective teachers. *Journal of School Health*, 77(10), 694-700.
- Rudolf MCJ, Hunt C, George J, Hajibagheri K, Blair M. (2010) HENRY: development, pilot and long term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents to prevent childhood obesity. *Child Care Health Dev* 36(6): 850–7.
- Rudolf, M. C. J., Hunt, C., George, J., & Clarkson, J. (2008). Evaluation of the 'tackling childhood obesity with henry'e-course designed for professionals working in child care and health settings
- Sallis, J.F., Owen, N., & Fisher, E.B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465–486). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American journal of clinical nutrition*, 94(6 Suppl), 2006S-2011S.

Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Newgreen V, Sacher P, Chadwick P. (2011) Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obes Rev* 12(5): 315–28.

Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE et al (2002) Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics* 110(1 Pt 2): 210–4.

Story, M., Nanney, M. S., & Schwartz, M. B. (2009). Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *Milbank Quarterly*, 87(1), 71-100.

Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American journal of preventive medicine*, 28(3), 267-273. ISO 690.

Townsend N, Rutter H, Foster C. (2012) Age differences in the association of childhood obesity with area-level and school-level deprivation: cross-classified multilevel analysis of cross-sectional data. *Int J Obes* 36(1): 45–52.

Tucker, P. (2008). The physical activity levels of preschool-aged children: A systematic review. *Early Childhood Research Quarterly*, 23(4), 547-558.

Venn AJ, Thomson RJ, Schmidt MD, Cleland VJ, Curry BA, Gennat HC, Dwyer T. (2007) Overweight and obesity from childhood to adulthood: a follow-up of participants in the 1985 Australian Schools Health and Fitness Survey. *Med J Aust* 186(9): 458–60.

Ward, D. S., Welker, E., Choate, A., Henderson, K. E., Lott, M., Tovar, A., ... & Sallis, J. F. (2017). Strength of obesity prevention interventions in early care and education settings: a systematic review. *Preventive medicine*, 95, S37-S52.

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ et al. (2011) Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database. Systematic Review*, 12, CD001871.

Willis TA, Potrata B, Hunt C, Rudolf MCJ. (2012) Training community practitioners to work more effectively with parents to prevent childhood obesity: the impact of HENRY upon Children's Centres and their staff. *J Hum Nutr Diet* 25(5): 460–8.

Willis, T. A., George, J., Hunt, C., Roberts, K. P. J., Evans, C. E. L., Brown, R. E., & Rudolf, M. C. J. (2014). Combating child obesity: impact of HENRY on parenting and family lifestyle. *Pediatric obesity*, 9(5), 339-350

Willis, T. A., Roberts, K. P. J., Berry, T. M., Bryant, M., & Rudolf, M. C. J. (2016). The impact of HENRY on parenting and family lifestyle: A national service evaluation of a preschool obesity prevention programme. *public health*, 136, 101-108.

World Health Organization (2012). *Obesity and Overweight*. Fact Sheet No. 311. (accessed June 2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Wyse, R., Campbell, E., Nathan, N., & Wolfenden, L. (2011). Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 938.